



Blue Shield Rx Enhanced (PDP)

Formulario de 2024

(Lista de medicamentos cubiertos)

**ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO INCLUYE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRE ESTE PLAN.**

N.º de identificación del formulario 24330, versión **16**

Este formulario se actualizó el **04/18/2024**. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Rx Enhanced al **(888) 239-6469** o al **711** para los usuarios del sistema TTY, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, o visite el sitio web **blueshieldca.com/medformulary2024**.

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

A53832-1023 (04/24)
MULTIPLAN_23_376A1_C_SP 08152023
04/18/2024

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" o "nuestro(s)", se hace referencia a Blue Shield of California. Cuando se usan los términos "plan" o "nuestro plan", se hace referencia a Blue Shield Rx Enhanced.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) para nuestro plan que es válida desde el **04/18/2024**. Para obtener un formulario actualizado, 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.

Por lo general, debe usar farmacias de la red para obtener acceso a su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el formulario de Blue Shield Rx Enhanced?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados entre nuestro plan y un equipo de proveedores de atención de la salud. Esta lista representa las terapias de medicamentos recetados, que son 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 médicalemente 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.

¿Puede haber cambios en el formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se hacen el 1 de enero, pero nuestro plan puede agregar o quitar medicamentos de la lista 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.

Cambios que pueden afectarlo este año: Durante el año, usted será afectado por los cambios en la cobertura en los siguientes casos:

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Es posible que quitemos de inmediato un medicamento de marca de nuestra lista si lo reemplazamos por un medicamento genérico nuevo que esté en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y que tenga las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el medicamento genérico nuevo, es posible que mantengamos el medicamento de marca en nuestra lista, pero que lo movamos de inmediato a un nivel de costo compartido diferente o que agreguemos restricciones nuevas. Si está tomando ese medicamento de marca,

es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero después le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos 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 de marca para usted. Cuando le envíamos el aviso, también incluiremos información sobre cómo pedir una excepción. Además, puede encontrar ayuda más adelante en la sección llamada “¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield Rx Enhanced?”.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) cree que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante lo retira del mercado, quitaremos de inmediato ese medicamento del formulario y les avisaremos a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los miembros que están tomando medicamentos. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca del formulario. A ese medicamento de marca también podemos agregarle restricciones nuevas o moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o las dos cosas. También es posible que hagamos cambios según las pautas clínicas nuevas. Si quitamos medicamentos de nuestro formulario, si le agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad 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 o cuando el miembro pida una repetición del medicamento, momento en el que el miembro recibirá un suministro de 30 días de ese medicamento.
 - 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 de marca para usted. Cuando le envíamos el aviso, también incluiremos información sobre cómo pedir una excepción. Además, puede encontrar ayuda más adelante en la sección llamada “¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield Rx Enhanced?”.

Cambios que no lo afectarán si está tomando un medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2024 que tenía cobertura a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2024, excepto lo descrito 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 los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, esos cambios podrían afectarlo, por lo que es importante que revise la lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto es válido desde el **04/18/2024**. 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/medformulary2024.

¿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 está seguro de la categoría en la que debe buscar su medicamento, revise el índice que empieza en la página 99. 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 se 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. Además, los medicamentos genéricos suelen costar menos que los de marca.

¿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 su médico obtengan una autorización previa para algunos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener una aprobación de nuestro plan 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 cubriremos. Por ejemplo, en el caso del sumatriptán (la versión genérica de IMITREX), nuestro plan le da 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 usted 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. Para obtener más información sobre las restricciones que se aplican a ciertos medicamentos cubiertos, también puede visitar nuestro sitio web. Hemos publicado en Internet documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le envíemos 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 llamada “¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario del plan?” en la página v.

¿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 una lista de medicamentos similares cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que cubra nuestro plan.
- Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y que cubra su medicamento. Lea lo que sigue para obtener información sobre cómo pedir una excepción.

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

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

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

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo si ese medicamento no es del nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría lo que tiene que pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no pongamos límites o restricciones a la cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para algunos medicamentos, nuestro plan 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.

En términos generales, 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 las restricciones de uso adicionales no son tan eficaces para tratar su problema de salud o le provocan efectos médicos adversos.

Deberá comunicarse con nosotros para pedir que tomemos una decisión de cobertura inicial para obtener una excepción con respecto al formulario, al nivel de medicamentos o a la restricción de uso. **Cuando pida una excepción con respecto al formulario, al nivel de medicamentos o a la restricción de uso, deberá respaldar su pedido mostrando una declaración de su médico o del profesional que le hace las recetas.** Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo del profesional que le hace las recetas. Puede pedir una excepción urgente (rápida) si usted o su médico piensan que esperar hasta 72 horas para que se tome una decisión podría ser muy peligroso para su salud. Si aceptamos su pedido urgente, debemos tomar la decisión en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico o de otro profesional que le haga recetas.

¿Qué tengo que hacer antes de hablar con mi médico sobre cambiar mis medicamentos o pedir una excepción?

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 su capacidad para obtenerlo sea limitada. Por ejemplo, tal vez necesite que le demos una autorización previa antes de que pueda obtener su medicamento recetado. Debe hablar con su médico para decidir si le conviene cambiar su medicamento por otro apropiado que cubramos o si debe pedir una excepción del formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras 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 si su capacidad para obtenerlos es limitada. Si su receta indica menos días, le dejaremos pedir repeticiones hasta alcanzar un suministro de 30 días de medicación como máximo. Después de su primer suministro de 30 días, dejaremos de pagar esos medicamentos, aunque aún no hayan pasado los primeros 90 días de su membresía en el plan.

Si usted está 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:

- 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 del plan y que tienen requisitos de autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad.
- Medicamentos de la Parte D como los anteriores 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 están 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 empieza 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

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 que estén en el formulario, pero 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 CMS, y los pedidos de excepción del formulario se evalúan según la necesidad médica. El proceso de evaluación está a cargo de médicos, farmacéuticos o técnicos en 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 lo afecta de un año al siguiente, le daremos un suministro temporal de hasta 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 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 médicaamente 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 en un plazo de 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 en la identificación de 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 está en un centro de atención a largo plazo (como un asilo de ancianos), cubriremos los suministros de los medicamentos de la Parte D en incrementos de 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 un medicamento fuera de la red, a menos que usted califique para tener 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 preguntas 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 el sitio web **<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 problema para encontrar su medicamento en la lista, revise el índice que empieza en la página 99 .

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

Copagos o coseguros en la Etapa de Cobertura Inicial para los miembros de Blue Shield Rx Enhanced:

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO
1: Medicamentos genéricos preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$2 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$4 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$11 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$33 de copago
2: Medicamentos genéricos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$7 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$14 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$14 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$42 de copago

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO
3: Medicamentos de marca preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$43 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$86 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$47 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$141 de copago
3: Insulinas cubiertas	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$35 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$86 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$35 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$105 de copago

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO
4: Medicamentos no preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	47 % de coseguro
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	47 % de coseguro
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	50 % de coseguro
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	50 % de coseguro
4: Insulinas cubiertas	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$35 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$105 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$35 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$105 de copago
5: Medicamentos de nivel especializado	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red), costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	33 % 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 del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	El suministro a largo plazo no está 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).

REFERENCIAS

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	
SIGLA	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
LA	Acceso limitado (<i>Limited Access</i>)	Es posible que este medicamento recetado esté disponible solamente en ciertas farmacias. Para obtener más información, lea su directorio de farmacias o llame a Servicio al Cliente.
PA	Autorización previa (<i>Prior Authorization</i>)	La cobertura de este medicamento recetado requiere autorización previa de Blue Shield. Comuníquese con Blue Shield para brindar la información necesaria para determinar la cobertura. Es posible que haya que determinar si algunos medicamentos corresponden a la cobertura de la Parte B o la Parte D, según las reglas de cobertura de Medicare. Estos medicamentos se indican con la frase "PA: Determinación de Parte B vs. Parte D".
QL	Límite de cantidad (<i>Quantity Limit</i>)	Este medicamento tiene un límite de dosis o de cantidad recetada. Los límites máximos de dosis diarias están definidos por la FDA y están en el prospecto del medicamento. Otros límites de cantidad recomiendan dosis consolidadas cuando es posible.
ST	Tratamiento escalonado (<i>Step Therapy</i>)	La cobertura de este medicamento recetado se brinda cuando ya se han probado tratamientos con otros medicamentos de primera línea o preferidos (tratamiento escalonado).
NDS	Suministro sin extensión (<i>Non-Extended Day Supply</i>)	El medicamento NO está disponible para un suministro a largo plazo.

SIGLA	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
INS	Insulina cubierta <i>(Covered Insulin)</i>	No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que esté, incluso si no ha pagado su deducible.
VAC	Vacunas por \$0 <i>(\$0 Vaccine)</i>	Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, sin ningún costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicio al Cliente si necesita más información.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANALGÉSICOS		
ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA		
acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml solution	NIVEL 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
acetaminophen-codeine 300-60 mg tab	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
butalbital-apap-caff-cod 50-325-40-30 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butorphanol tartrate 10 mg/ml solution	NIVEL 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	NIVEL 4	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
codeine sulfate 30 mg tab	NIVEL 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	NIVEL 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet 10-325 mg tab	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet 7.5-325 mg tab	NIVEL 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
fentanyl citrate (400 mcg loz handle, 600 mcg loz handle, 800 mcg loz handle, 1200 mcg loz handle, 1600 mcg loz handle)	NIVEL 5	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
fentanyl citrate 200 mcg loz handle	NIVEL 4	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)	NIVEL 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
hydromorphone hcl 1 mg/ml liquid	NIVEL 4	QL (675 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl 2 mg tab	NIVEL 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl 4 mg tab	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl 8 mg tab	NIVEL 3	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
loracet 5-325 mg tab	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
loracet hd 10-325 mg tab	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
loracet plus 7.5-325 mg tab	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)	NIVEL 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate (concentrate) ((concentrate) 20 mg/ml solution, (concentrate) 100 mg/5ml solution)	NIVEL 3	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
morphine sulfate 10 mg/5ml solution	NIVEL 3	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate 20 mg/5ml solution	NIVEL 3	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)	NIVEL 3	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 10 mg tab	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 100 mg/5ml conc	NIVEL 4	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 20 mg tab	NIVEL 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 5 mg tab	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 5 mg/5ml solution	NIVEL 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab	NIVEL 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE-ASPIRIN 4.8355-325 MG TAB	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
tramadol hcl 50 mg tab	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab	NIVEL 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA

buprenorphine (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)	NIVEL 4	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
fentanyl (12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr, 100 mcg/hr patch 72hr)	NIVEL 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg/5ml solution	NIVEL 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg/ml solution	NIVEL 4	PA, NDS
methadone hcl 5 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 5 mg/5ml solution	NIVEL 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er (er 60 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er 15 mg tab er	NIVEL 3	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er 30 mg tab er	NIVEL 3	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
tramadol hcl er (er 100 mg tab er 24h, er 200 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h)	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES		
<i>butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE 50-325-40 MG TAB	NIVEL 2	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>cataflam 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>celecoxib (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium 1% gel</i>	NIVEL 3	
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>ec-naproxen 375 mg tab dr</i>	NIVEL 2	
<i>ec-naproxen 500 mg tab dr</i>	NIVEL 3	
<i>etodolac (200 mg cap, 300 mg cap, 400 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>etodolac er (er 400 mg tab er 24h, er 500 mg tab er 24h, er 600 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	
<i>flurbiprofen (50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>indomethacin er 75 mg cap er</i>	NIVEL 3	
<i>meloxicam (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 375 mg tab dr, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>naproxen 500 mg tab dr</i>	NIVEL 3	
<i>naproxen dr 500 mg tab dr</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	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)	NIVEL 2	

ANESTÉSICOS

ANESTÉSICOS LOCALES

<i>lidocaine 5 % ointment</i>	NIVEL 4	QL (50 PER 30 OVER TIME)
<i>lidocaine 5 % patch</i>	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lidocaine hcl 4 % solution</i>	NIVEL 4	
LIDOCAINE HCL 4 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>lidocan 5 % patch</i>	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (10 PER 30 OVER TIME)
<i>premium lidocaine 5 % ointment</i>	NIVEL 4	QL (50 PER 30 OVER TIME)

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	
<i>meprobamate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	

BENZODIACEPINAS

<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam er (er 0.5 mg tab er 24h, er 1 mg tab er 24h, er 3 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam er 2 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam xr (0.5 mg tab er 24h, 1 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam xr 2 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 0.5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab disp</i>	NIVEL 3	QL (20 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
clonazepam 2 mg tab	NIVEL 2	QL (10 PER 1 DAYS)
clonazepam 2 mg tab disp	NIVEL 3	QL (10 PER 1 DAYS)
clorazepate dipotassium 15 mg tab	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
clorazepate dipotassium 3.75 mg tab	NIVEL 3	QL (24 PER 1 DAYS)
clorazepate dipotassium 7.5 mg tab	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
diazepam 10 mg tab	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
diazepam 2 mg tab	NIVEL 2	QL (30 PER 1 DAYS)
diazepam 5 mg/5ml solution	NIVEL 2	QL (60 PER 1 DAYS)
diazepam intensol 5 mg/ml conc	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
lorazepam (2 mg tab, 2 mg/ml conc)	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
lorazepam 0.5 mg tab	NIVEL 2	QL (20 PER 1 DAYS)
lorazepam 1 mg tab	NIVEL 2	QL (10 PER 1 DAYS)
lorazepam intensol 2 mg/ml conc	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)

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

ANTITABACO, MEDICAMENTOS

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

DEPENDENCIA A OPIOIDES

buprenorphine hcl 2 mg sl tab	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
buprenorphine hcl 8 mg sl tab	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
buprenorphine hcl-naloxone hcl (-naloxone 2-0.5 mg film, -naloxone 4-1 mg film)	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
buprenorphine hcl-naloxone hcl (-naloxone 8-2 mg film, -naloxone 8-2 mg sl tab)	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
buprenorphine hcl-naloxone hcl 12-3 mg film	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
buprenorphine hcl-naloxone hcl 2-0.5 mg sl tab	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
ZUBSOLV (0.7-0.18 MG SL TAB, 1.4-0.36 MG SL TAB, 5.7-1.4 MG SL TAB)	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
ZUBSOLV (2.9-0.71 MG SL TAB, 11.4-2.9 MG SL TAB)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SL TAB	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)

DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN

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

REVERTIDORES OPIOIDEOS

naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsyr, 4 mg/10ml solution)	NIVEL 2
naloxone hcl 4 mg/0.1ml liquid	NIVEL 2
naltrexone hcl 50 mg tab	NIVEL 2

ANTIBACTERIANOS

AMINOGLUCÓSIDOS

amikacin sulfate 500 mg/2ml solution	NIVEL 4
gentamicin sulfate (0.1 % cream, 40 mg/ml solution)	NIVEL 4
gentamicin sulfate 0.1 % ointment	NIVEL 2
neomycin sulfate 500 mg tab	NIVEL 2
paromomycin sulfate 250 mg cap	NIVEL 4
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	NIVEL 4
tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 2 gm/50ml solution, 10 mg/ml solution, 80 mg/2ml solution)	NIVEL 4

ANTIBACTERIANOS, OTROS

acetic acid 2 % solution	NIVEL 2
aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)	NIVEL 4
CHLORAMPHENICOL SOD SUCCINATE 1 GM RECON SOLN	NIVEL 4
clindacin etz 1 % swab	NIVEL 2

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>clindacin-p 1 % swab</i>	NIVEL 2	
<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 (1 % swab, 2 % cream)</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate (9 gm/60ml solution, 300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 900 mg/6ml solution, 9000 mg/60ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)</i>	NIVEL 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	NIVEL 4	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 5	
<i>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 % cream, 0.75 % lotion, 1 % gel, 500 mg/100ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>metronidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metronidazole 0.75 % gel</i>	NIVEL 3	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (50 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>polymyxin b sulfate 500000 unit recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>rosadan 0.75 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>rosadan 0.75 % gel</i>	NIVEL 2	
SYNERCID 150-350 MG RECON SOLN	NIVEL 5	
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	NIVEL 5	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>trimethoprim 100 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 125 mg cap, 250 mg cap, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
VANDAZOLE 0.75 % GEL	NIVEL 3	
XIFAXAN 200 MG TAB	NIVEL 4	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)

BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS

CEFACLOR (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 375 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	NIVEL 3
<i>cefadroxil (250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)</i>	NIVEL 3
<i>cefadroxil 500 mg cap</i>	NIVEL 2
<i>cefazin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 300 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4
<i>cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)</i>	NIVEL 3
<i>cefdinir 300 mg cap</i>	NIVEL 2
CEFEPIME HCL (1 GM RECON SOLN, 1 GM/50ML SOLUTION, 2 GM RECON SOLN, 2 GM/100ML SOLUTION)	NIVEL 4
<i>cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)</i>	NIVEL 4
CEFOTAXIME SODIUM (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN)	NIVEL 4
<i>cefotetan disodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	NIVEL 4
<i>cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln)</i>	NIVEL 4
<i>cefpodoxime proxetil (50 mg/5ml recon susp, 100 mg tab, 100 mg/5ml recon susp, 200 mg tab)</i>	NIVEL 4
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2
<i>ceftazidime (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 6 gm recon soln)</i>	NIVEL 4

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)	NIVEL 4	
cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 2	
cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)	NIVEL 4	
cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)	NIVEL 3	
cephalexin (250 mg cap, 500 mg cap)	NIVEL 2	
SUPRAX (100 MG CHEW TAB, 200 MG CHEW TAB, 500 MG/5ML RECON SUSP)	NIVEL 4	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	

BETALACTÁMICOS, PENICILINAS

amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)	NIVEL 2
amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg chew tab, 200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg chew tab, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)	NIVEL 2
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER 1000-62.5 MG TAB ER 12H	NIVEL 4
ampicillin 500 mg cap	NIVEL 2
ampicillin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)	NIVEL 4
ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln)	NIVEL 4
BICILLIN C-R 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION	NIVEL 4
BICILLIN C-R 900/300 900000-300000 UNIT/2ML SUSPENSION	NIVEL 4
BICILLIN L-A (600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR)	NIVEL 4

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>nafcillin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>nafcillin sodium 10 gm recon soln</i>	NIVEL 5	
<i>penicillin g potassium (5000000 recon soln, 20000000 recon soln)</i>	NIVEL 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	NIVEL 4	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
PFIZERPEN (5000000 RECON SOLN, 20000000 RECON SOLN)	NIVEL 4	
<i>piperacillin sod-tazobactam so (d-tazobactam 2.25 (2-0.25) gm recon ln, d-tazobactam 3-0.375 gm recon ln, d-tazobactam 3.375 (3-0.375) gm recon ln, d-tazobactam 4-0.5 gm recon ln, d-tazobactam 4.5 (4-0.5) gm recon ln, d-tazobactam 13.5 (12-1.5) gm recon ln, d-tazobactam 40.5 (36-4.5) gm recon ln)</i>	NIVEL 4	

CARBAPENÉMICOS

<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	NIVEL 4
<i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4
<i>meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	NIVEL 4

MACRÓLIDOS

<i>azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i>	NIVEL 2
AZITHROMYCIN 1 GM PACKET	NIVEL 3
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	NIVEL 4
<i>clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2
<i>clarithromycin er 500 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DIFICID 200 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
E.E.S. 400 400 MG TAB	NIVEL 4	
<i>erythrococin lactobionate 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5ml recon susp, 400 mg tab, 400 mg/5ml recon susp)</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	

QUINOLONAS

BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	NIVEL 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	NIVEL 4	
<i>ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%) recon susp, 500 mg/5ml (10%) recon susp)</i>	NIVEL 4	
<i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
CIPROFLOXACIN HCL 100 MG TAB	NIVEL 4	
<i>ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	NIVEL 3	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL 400 MG/250ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ofloxacin (300 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 3	

SULFONAMIDAS

<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>	NIVEL 3	
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TETRACICLINAS		
avidoxy 100 mg tab	NIVEL 3	
doxy 100 100 mg recon soln	NIVEL 4	
doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)	NIVEL 2	
doxycycline hyclate 100 mg recon soln	NIVEL 4	
doxycycline monohydrate (50 mg cap, 100 mg cap)	NIVEL 2	
doxycycline monohydrate (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 3	
minocycline hcl (50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap)	NIVEL 2	
monodoxine nl 100 mg cap	NIVEL 2	
morgidox 100 mg cap	NIVEL 2	
tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)	NIVEL 4	
ANTICONVULSIVOS		
ANTICONVULSIVOS, OTROS		
BRIVIACT (10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	ST, QL (20 PER 1 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)	NIVEL 2	
divalproex sodium er (er 250 mg tab er 24h, er 500 mg tab er 24h)	NIVEL 3	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)	NIVEL 4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FYCOMPA (4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (24 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 2 MG TAB	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine (5 mg chew tab, 25 mg chew tab, 25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab, 1000 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i>	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i>	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>roweepra (500 mg tab, 750 mg tab, 1000 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>roweepra xr 500 mg tab er 24h</i>	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>roweepra xr 750 mg tab er 24h</i>	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>subvenite (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink)</i>	NIVEL 3	
<i>topiramate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) (MG DOSE) 50 200 MG TAB THPK, (MG DOSE) 100 150 MG TAB THPK)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 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 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	LA, QL (36 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUMENTANTES DEL ÁCIDO GAMMAAMINOBUTÍRICO (GABA)		
clobazam 10 mg tab	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 2.5 mg/ml suspension	NIVEL 4	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 20 mg tab	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
diazepam 10 mg gel	NIVEL 4	QL (20 PER 30 OVER TIME)
DIAZEPAM 2.5 MG GEL	NIVEL 4	QL (5 PER 30 OVER TIME)
diazepam 20 mg gel	NIVEL 4	QL (40 PER 30 OVER TIME)
gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)	NIVEL 3	QL (72 PER 1 DAYS)
gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
gabapentin 100 mg cap	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
gabapentin 300 mg cap	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
gabapentin 400 mg cap	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
phenobarbital (15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 20 mg/5ml solution, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
primidone (50 mg tab, 125 mg tab, 250 mg tab)	NIVEL 2	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
tiagabine hcl (2 mg tab, 4 mg tab, 12 mg tab, 16 mg tab)	NIVEL 4	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 5	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 15 MG DOSE 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	NIVEL 4	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 20 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQD THPK	NIVEL 5	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 5	QL (10 PER 30 OVER TIME)
vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadroner 500 mg packet	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadroner 500 mg tab	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
vigpoder 500 mg packet	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS		
APTIOM (200 MG TAB, 400 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
APTIOM (600 MG TAB, 800 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
carbamazepine (100 mg chew tab, 200 mg tab)	NIVEL 2	
carbamazepine 100 mg/5ml suspension	NIVEL 3	
carbamazepine er (er 100 mg cap er 12h, er 100 mg tab er 12h, er 200 mg cap er 12h, er 200 mg tab er 12h, er 300 mg cap er 12h, er 400 mg tab er 12h)	NIVEL 3	
DILANTIN 125 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	
epitol 200 mg tab	NIVEL 2	
lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
lacosamide 10 mg/ml solution	NIVEL 4	QL (40 PER 1 DAYS)
lacosamide 200 mg/20ml solution	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)	NIVEL 2	
oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension	NIVEL 4	
PEGANONE 250 MG TAB	NIVEL 4	
phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)	NIVEL 2	
phenytoin (50 mg chew tab, 100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)	NIVEL 2	
phenytoin infatabs 50 mg chew tab	NIVEL 2	
phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)	NIVEL 2	
rufinamide 200 mg tab	NIVEL 4	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
rufinamide 40 mg/ml suspension	NIVEL 5	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
rufinamide 400 mg tab	NIVEL 4	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	
zonisamide (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	NIVEL 2	

MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)	NIVEL 2
--	---------

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

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

<i>methsuximide 300 mg cap</i>	NIVEL 3
--------------------------------	---------

ANTIDEMENCIALES

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

<i>memantine hcl (2 mg/ml solution, 10 mg/5ml solution, 28 x 5 mg & 21 x 10 mg tab)</i>	NIVEL 3
---	---------

<i>memantine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2
--	---------

<i>memantine hcl er (er 7 mg cap er 24h, er 14 mg cap er 24h, er 21 mg cap er 24h, er 28 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 4
---	---------

ANTIDEMENCIALES, OTROS

<i>NAMZARIC (7-10 MG CAP ER 24H, 14-10 MG CAP ER 24H, 21-10 MG CAP ER 24H, 28-10 MG CAP ER 24H)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
---	---------	-------------------

<i>NAMZARIC 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG CP24 THPK</i>	NIVEL 4	QL (28 PER 28 OVER TIME)
---	---------	--------------------------

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
--	---------

<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i>	NIVEL 2
---	---------

<i>galantamine hydrobromide (4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab, 12 mg tab)</i>	NIVEL 4
---	---------

<i>galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er 24h, er 16 mg cap er 24h, er 24 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
---	---------	-------------------

<i>rivastigmine (4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr, 13.3 mg/24hr patch 24hr)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 OVER TIME)
---	---------	--------------------------

<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>	NIVEL 3
---	---------

ANTIDEPRESIVOS

ANTIDEPRESIVOS, OTROS

<i>AUVELITY 45-105 MG TAB ER</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
----------------------------------	---------	---

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
bupropion hcl 100 mg tab	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
bupropion hcl 75 mg tab	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
LYBALVI (5-10 MG TAB, 10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MAPROTILINE HCL (25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB)	NIVEL 4	
mirtazapine (7.5 mg tab, 15 mg tab, 15 mg tab disp, 30 mg tab, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp)	NIVEL 2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	NIVEL 5	QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	NIVEL 5	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOXIDASA

EMSAM (6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN 10 MG TAB	NIVEL 4	
phenelzine sulfate 15 mg tab	NIVEL 3	
tranylcypromine sulfate 10 mg tab	NIVEL 4	

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

citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	
citalopram hydrobromide 10 mg/5ml solution	NIVEL 3	
desvenlafaxine succinate er (er 25 mg tab er 24h, er 50 mg tab er 24h)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>FETZIMA (20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H, 120 MG CAP ER 24H)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK</i>	NIVEL 4	QL (28 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 20 mg/5ml solution, 40 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 28 OVER TIME)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)</i>	NIVEL 4	
<i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>paroxetine hcl 10 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>paroxetine hcl er (er 12.5 mg tab er 24h, er 25 mg tab er 24h, er 37.5 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	
<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	
<i>TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB)</i>	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 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 24h, er 150 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>VIIBRYD STARTER PACK 10 & 20 MG KIT</i>	NIVEL 4	ST, QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

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

TRICÍCLICOS

<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 (10 mg cap, 10 mg/ml conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>protriptyline hcl (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

ANTIEMÉTICOS

ANTIEMÉTICOS, OTROS

<i>compro 25 mg suppos</i>	NIVEL 4	
<i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metoclopramide hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metoclopramide hcl (5 mg/5ml solution, 10 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 3	
<i>metoclopramide hcl 5 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>perphenazine (2 mg tab, 4 mg tab, 16 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>perphenazine 8 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	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGÉNICA		
<i>aprepitant (80 & 125 mg cap, 80 & 125 mg misc, 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 OVER TIME)
<i>dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>granisetron hcl (1 mg/ml solution, 4 mg/4ml solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 4 mg tab disp</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 8 mg tab disp</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ONDANSETRON HCL 24 MG TAB</i>	NIVEL 2	QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIESPÁSTICOS		
<i>baclofen 10 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>BACLOFEN 15 MG TAB</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 20 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (16 PER 1 DAYS)
<i>dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 2	
ANTIFÚNGICOS		
<i>ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>caspofungin acetate 50 mg recon soln</i>	NIVEL 5	PA
<i>caspofungin acetate 70 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ciclopirox olamine 0.77 % cream	NIVEL 2	
ciclopirox olamine 0.77 % suspension	NIVEL 3	
clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)	NIVEL 2	
econazole nitrate 1 % cream	NIVEL 4	
fluconazole (10 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	NIVEL 2	
fluconazole 40 mg/ml recon susp	NIVEL 3	
fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)	NIVEL 4	
flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)	NIVEL 5	
griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)	NIVEL 4	
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	NIVEL 4	
itraconazole 100 mg cap	NIVEL 4	
ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)	NIVEL 2	
micafungin sodium (50 mg recon soln, 100 mg recon soln)	NIVEL 5	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	NIVEL 3	
nyamyc 100000 unit/gm powder	NIVEL 2	
nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/gm powder, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)	NIVEL 2	
nystop 100000 unit/gm powder	NIVEL 2	
posaconazole 100 mg tab dr	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
posaconazole 40 mg/ml suspension	NIVEL 5	PA
terbinafine hcl 250 mg tab	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)	NIVEL 3	
terconazole 80 mg suppos	NIVEL 4	
voriconazole (40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 200 mg tab)	NIVEL 4	PA
voriconazole 200 mg recon soln	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIGOTOSOS

allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 2
--------------------------------------	---------

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
colchicine 0.6 mg tab	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab	NIVEL 3	
febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
probenecid 500 mg tab	NIVEL 3	

ANTIJAQUECOSOS

AGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA (5-HT)

naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)	NIVEL 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)
rizatriptan benzoate (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan (5 mg/act solution, 20 mg/act solution)	NIVEL 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln prsyr, 6 mg/0.5ml solution)	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate refill (4 mg/0.5ml soln cart, 6 mg/0.5ml soln cart)	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
zolmitriptan 2.5 mg tab disp	NIVEL 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)

ALCALOIDES DE ERGOTAMINA

dihydroergotamine mesylate 1 mg/ml solution	NIVEL 4	PA
dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOS	NIVEL 4	QL (20 PER 30 OVER TIME)

ANTIJAQUECOSOS, OTROS

NURTEC 75 MG TAB DISP	NIVEL 5	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)
UBRELVY (50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)

PROFILÁCTICOS

AIMOVIG (70 MG/ML SOLN A-INJ, 140 MG/ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
timolol maleate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

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

ANTIMIASTÉNICOS

PARASIMPATICOMIMÉTICOS

GUANIDINE HCL 125 MG TAB	NIVEL 2
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	NIVEL 3
<i>pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution</i>	NIVEL 5
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab er</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 (100 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2
<i>isoniazid (50 mg/5ml syrup, 100 mg/ml solution)</i>	NIVEL 4
PASER 4 GM PACKET	NIVEL 4
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
RIFATER 50-120-300 MG TAB	NIVEL 4
SIRTURO (20 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5
TRECATOR 250 MG TAB	PA NIVEL 4

ANTINEOPLÁSICOS

ALQUILANTES

CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
GLEOSTINE (40 MG CAP, 100 MG CAP)	NIVEL 5	
GLEOSTINE 10 MG CAP	NIVEL 4	
LEUKERAN 2 MG TAB	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MATULANE 50 MG CAP	NIVEL 5	LA
<i>thiotepa (15 mg recon soln, 100 mg recon soln)</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VALCHLOR 0.016 % GEL	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIANDRÓGENOS

<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
ERLEADA 240 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>flutamide 125 mg cap</i>	NIVEL 3	
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI (40 MG CAP, 40 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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 (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)</i>	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>REVLIMID (2.5 MG CAP, 5 MG CAP, 10 MG CAP, 15 MG CAP, 20 MG CAP, 25 MG CAP)</i>	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>THALOMID (50 MG CAP, 100 MG CAP)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES		
EMCYT 140 MG CAP	NIVEL 4	
fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr	NIVEL 5	
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
toremifene citrate 60 mg tab	NIVEL 4	
ANTIMETABOLITOS		
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	NIVEL 3	
hydroxyurea 500 mg cap	NIVEL 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (5 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
mercaptopurine 50 mg tab	NIVEL 2	
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	NIVEL 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	NIVEL 3	
ANTINEOPLÁSICOS, OTROS		
AKEEGA (50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 40 MG CAP	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EXKIVITY 40 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (70 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (91 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (49 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>leucovorin calcium (15 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (100 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (80 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	NIVEL 5	
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	NIVEL 5	QL (3 PER 21 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	QL (14 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG CAP	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 80 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TAZVERIK 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	NIVEL 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (20 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (16 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (12 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (16 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (32 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO

mesna 100 mg/ml solution	NIVEL 4
MESNEX 400 MG TAB	NIVEL 5
VONJO 100 MG CAP	NIVEL 5 LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INHIBIDORES DE ENZIMAS		
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (64 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN		
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>exemestane 25 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES		
ALECSA 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (56 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (63 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTrif (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (75 MG CAP, 75 MG TAB, 100 MG CAP, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
IMBRUVICA (70 MG CAP, 280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 140 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (42 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (63 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LORBRENA 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (112 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (140 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	NIVEL 5	LA, QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pazopanib hcl 200 mg tab	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (14 PER 21 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	NIVEL 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	NIVEL 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
sorafenib tosylate 200 mg tab	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL (100 MG TAB, 140 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL (70 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL 20 MG TAB	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL 50 MG TAB	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 12.5 mg cap	NIVEL 5	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 25 mg cap	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TASIGNA (50 MG CAP, 150 MG CAP, 200 MG CAP)	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (50 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO (125 MG CAP, 200 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
UKONIQ 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	NIVEL 3	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VENCLEXTA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 50 MG CAP SPRINK, 200 MG CAP, 250 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

RETINOIDES

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

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO **NIVEL** **REQUISITOS/LÍMITES**

ANTIPARASITARIOS

ANTIHELMÍNTICOS

<i>albendazole 200 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (16 PER 365 OVER TIME)
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	NIVEL 3	

ANTIPROTOZOICOS

<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	
<i>BENZNIDAZOLE 100 MG TAB</i>	NIVEL 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
<i>BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB</i>	NIVEL 4	QL (720 PER 365 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (50 PER 30 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate 500 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (25 PER 30 OVER TIME)
<i>COARTEM 20-120 MG TAB</i>	NIVEL 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
<i>hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>primaquine phosphate 26.3 (15 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 (6 PER 1 DAYS)

ANTIPARKINSONIANOS

AGONISTAS DE LA DOPAMINA

<i>apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart</i>	NIVEL 5	PA
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
NEUPRO (1 MG/24HR PATCH 24HR, 2 MG/24HR PATCH 24HR, 3 MG/24HR PATCH 24HR, 4 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 8 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 OVER TIME)
pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)	NIVEL 2	
ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
ropinirole hcl er (er 2 mg tab er 24h, er 4 mg tab er 24h, er 6 mg tab er 24h)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)

ANTICOLINÉRGICOS

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

ANTIPARKINSONIANOS, OTROS

amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg cap)	NIVEL 2	
amantadine hcl 100 mg tab	NIVEL 4	
carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)	NIVEL 4	
entacapone 200 mg tab	NIVEL 4	QL (8 PER 1 DAYS)

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)

rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
selegiline hcl 5 mg cap	NIVEL 2	
selegiline hcl 5 mg tab	NIVEL 4	

PRECURSORES DE LA DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA L-AMINOÁCIDO DESCARBOXILASA

carbidopa 25 mg tab	NIVEL 4
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)	NIVEL 4
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)	NIVEL 2

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 mg tab er, er 50-200 mg tab er)</i>	NIVEL 2	

ANTIPSICÓTICOS

PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS

<i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 25 mg/ml solution, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 50 mg/2ml solution, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>FLUPHENAZINE HCL (1 MG TAB, 2.5 MG TAB, 2.5 MG/5ML ELIXIR, 2.5 MG/ML SOLUTION, 5 MG TAB, 5 MG/ML CONC, 10 MG TAB)</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 solution, 100 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	
<i>haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	
<i>loxapine succinate (5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>MOLINDONE HCL 10 MG TAB</i>	NIVEL 4	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>MOLINDONE HCL 25 MG TAB</i>	NIVEL 4	QL (9 PER 1 DAYS)
<i>MOLINDONE HCL 5 MG TAB</i>	NIVEL 4	QL (12 PER 1 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, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>trifluoperazine hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 3	

RESISTENTES AL TRATAMIENTO

<i>clozapine (12.5 mg tab disp, 25 mg tab disp, 100 mg tab disp, 150 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<i>clozapine (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>clozapine 200 mg tab disp</i>	NIVEL 5	
<i>VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION</i>	NIVEL 5	QL (18 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS		
ABILIFY ASIMTUFII (720 MG/2.4ML PRSYR, 960 MG/3.2ML PRSYR)	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
aripiprazole (5 mg tab, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
aripiprazole 1 mg/ml solution	NIVEL 4	QL (25 PER 1 DAYS)
aripiprazole 2 mg tab	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
ARISTADA (441 MG/1.6ML PRSYR, 662 MG/2.4ML PRSYR, 882 MG/3.2ML PRSYR, 1064 MG/3.9ML PRSYR)	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR	NIVEL 5	QL (2.4 PER 42 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
asenapine maleate (2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab, 10 mg sl tab)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.75 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.5 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	QL (0.25 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.5 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lurasidone hcl (80 mg tab, 120 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>olanzapine (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>olanzapine (5 mg tab disp, 10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tab er 24h, er 3 mg tab er 24h, er 9 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (90 MG PRSYR, 120 MG PRSYR)	NIVEL 5	QL (1 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>quetiapine fumarate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>quetiapine fumarate er (er 50 mg tab er 24h, er 150 mg tab er 24h, er 200 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h, er 400 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 3	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<i>risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	NIVEL 3	
<i>risperidone microspheres er (er 25 mg, er 37.5 mg, er 50 mg)</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risperidone microspheres er 12.5 mg srer</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	NIVEL 4	QL (7 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	NIVEL 3	
ziprasidone mesylate 20 mg recon soln	NIVEL 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIVÍRICOS

ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)

PREVYMIS 240 MG TAB	NIVEL 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)
PREVYMIS 480 MG TAB	NIVEL 5	QL (100 PER 365 OVER TIME)
valganciclovir hcl 450 mg tab	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln	NIVEL 5	QL (18 PER 1 DAYS)
ZIRGAN 0.15 % GEL	NIVEL 4	QL (5 PER 30 OVER TIME)

ANTIGRIPALES

oseltamivir phosphate 30 mg cap	NIVEL 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 45 mg cap	NIVEL 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp	NIVEL 4	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 75 mg cap	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	NIVEL 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) (OFLUZA MG DOSE) 140 MG TAB THPK, OFLUZA MG DOSE) 2 20 MG TAB THPK)	NIVEL 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 2 X 40 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)

ANTIHEPATÍTICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)

adefovir dipivoxil 10 mg tab	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (21 PER 1 DAYS)
entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	NIVEL 3	
ANTIHEPÁTICOS CONTRA LA HEPATITIS C		
EPCLUSA (150-37.5 MG PACKET, 200-50 MG TAB, 400-100 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
EPCLUSA 200-50 MG PACKET	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
HARVONI (33.75-150 MG PACKET, 45-200 MG TAB, 90-400 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
HARVONI 45-200 MG PACKET	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 90-400 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
MAVYRET 100-40 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>ribavirin (200 mg cap, 200 mg tab)</i>	NIVEL 3	
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 400-100 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
ANTIHERPÉTICOS		
<i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>acyclovir 200 mg/5ml suspension</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 4	
TRIFLURIDINE 1% SOLUTION	NIVEL 3	
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
ANTIRRETRÓVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)		
APRETUDE 600 MG/3ML SUSP	NIVEL 5	QL (21 PER 365 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ISENTRESS HD 600 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY 10 MG TAB	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)

ANTIRRETRÓVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA

APTIVUS 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (10 PER 1 DAYS)
APTIVUS 250 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
CRIXIVAN 200 MG CAP	NIVEL 3	QL (9 PER 1 DAYS)
CRIXIVAN 400 MG CAP	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (56 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	QL (13 PER 1 DAYS)
NORVIR 100 MG PACKET	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (15 PER 1 DAYS)
PREZCOBIX 800-150 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	NIVEL 5	QL (10 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	NIVEL 5	QL (9 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

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

ANTIRRETRÓVÍRICOS, INHIBIDORES NO NUCLEOSÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NNRTI)

COMPLERA 200-25-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT 25 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 200 MG CAP	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 50 MG CAP	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 100 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 200 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER 100 MG TAB ER 24H	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)

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

<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DIDANOSINE (200 MG CAP DR, 250 MG CAP DR, 400 MG CAP DR)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>emtricitabine-tenofovir df 200-300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>stavudine (15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
TEMIXYS 300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	NIVEL 4	QL (240 PER 30 OVER TIME)
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 1 DAYS)

ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS

CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	NIVEL 5	QL (4 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	NIVEL 5	QL (6 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
FUZEON 90 MG RECON SOLN	NIVEL 5	QL (60 PER 30 OVER TIME)
maraviroc 150 mg tab	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
maraviroc 300 mg tab	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (60 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TAB	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TAB	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TYBOST 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

BIPOLARES

ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO

<i>lithium 8 meq/5ml solution</i>	NIVEL 2
<i>lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)</i>	NIVEL 2
<i>lithium carbonate er (er 300 mg tab er, er 450 mg tab er)</i>	NIVEL 2

BUCODENTALES

<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	NIVEL 3
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	NIVEL 2
<i>KEPIVANCE 6.25 MG RECON SOLN</i>	NIVEL 5 PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	NIVEL 3
<i>oralone 0.1 % paste</i>	NIVEL 3
<i>paroex 0.12 % solution</i>	NIVEL 2
<i>periogard 0.12 % solution</i>	NIVEL 2
<i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 3
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	NIVEL 3

CARDIOVASCULARES

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
<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 5 PA, QL (252 PER 90 OVER TIME)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	NIVEL 5 PA, QL (120 PER 30 OVER TIME)
<i>droxidopa 300 mg cap</i>	NIVEL 5 PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 3
<i>methyldopa (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2
<i>midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 3

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

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

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II

<i>candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>EPROSARTAN MESYLATE 600 MG TAB</i>	NIVEL 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<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 2	
<i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>valsartan (40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab)</i>	NIVEL 1	

ANTIARRÍTMICOS

<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>disopyramide phosphate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<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	
<i>MULTAQ 400 MG TAB</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>pacerone 200 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>quinidin sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sorine (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 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) ((af) 80 mg tab, (af) 120 mg tab, (af) 160 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

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

BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA

doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	NIVEL 2
prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	NIVEL 2
terazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	NIVEL 1

BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)	NIVEL 2	
atenolol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 1	
betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 4	
bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	
carvedilol (3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab)	NIVEL 1	
carvedilol phosphate er (er 10 mg cap er 24h, er 20 mg cap er 24h, er 40 mg cap er 24h, er 80 mg cap er 24h)	NIVEL 4	ST
labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 2	
metoprolol succinate er (er 25 mg tab er 24h, er 50 mg tab er 24h, er 100 mg tab er 24h, er 200 mg tab er 24h)	NIVEL 2	
metoprolol tartrate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 1	
nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 2	
nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 3	
pindolol (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 3	
propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 2	
PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	NIVEL 3	
propranolol hcl er (er 60 mg cap er 24h, er 80 mg cap er 24h, er 120 mg cap er 24h, er 160 mg cap er 24h)	NIVEL 2	

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS

amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 1
felodipine er (er 2.5 mg tab er 24h, er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h)	NIVEL 2

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>nifedipine er (er 30 mg tab er 24h, er 60 mg tab er 24h, er 90 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	
<i>nifedipine er osmotic release (er 30 mg tab er 24h, er 60 mg tab er 24h, er 90 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	NIVEL 4	
NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (1260 PER 21 OVER TIME)

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS

<i>cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>cartia xt 300 mg cap er 24h</i>	NIVEL 4	
<i>dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</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 4	
<i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 4	
<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 tab er 24h, er 180 mg tab er 24h, er 240 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h, er 360 mg tab er 24h, er 420 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	
<i>diltiazem hcl er beads 420 mg cap er 24h</i>	NIVEL 4	
<i>matzim la (180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	
<i>taztia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>taztia xt (300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 4	
<i>tiadylt er (er 120 mg cap er 24h, er 180 mg cap er 24h, er 240 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
tiadylt er (er 300 mg cap er 24h, er 360 mg cap er 24h, er 420 mg cap er 24h)	NIVEL 4	
verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)	NIVEL 2	
VERAPAMIL HCL ER (ER 100 MG CAP ER 24H, ER 200 MG CAP ER 24H, ER 300 MG CAP ER 24H, ER 360 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	
verapamil hcl er (er 120 mg cap er 24h, er 180 mg cap er 24h, er 240 mg cap er 24h)	NIVEL 3	
verapamil hcl er (er 120 mg tab er, er 180 mg tab er, er 240 mg tab er)	NIVEL 2	
CARDIOVASCULARES, OTROS		
acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)	NIVEL 3	
aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 4	PA
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab	NIVEL 2	
amlodipine besy-benazepril hcl (2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap, 10-20 mg cap, 10-40 mg cap)	NIVEL 1	
amlodipine besylate-valsartan (5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab)	NIVEL 1	
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)	NIVEL 4	
amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab)	NIVEL 4	
amlodipine-valsartan-hctz (5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab, 10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab)	NIVEL 1	
atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)	NIVEL 1	
benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	NIVEL 2	
bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)	NIVEL 1	
candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)	NIVEL 4	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	NIVEL 1	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CORLANOR (5 MG TAB, 7.5 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)	NIVEL 1	
ENTRESTO (24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	NIVEL 2	
irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)	NIVEL 1	
lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	NIVEL 1	
losartan potassium-hctz (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)	NIVEL 1	
METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE (250-15 MG TAB, 250-25 MG TAB)	NIVEL 3	
metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)	NIVEL 2	
metyrosine 250 mg cap	NIVEL 5	
olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	NIVEL 4	
olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)	NIVEL 4	
pentoxifylline er 400 mg tab er	NIVEL 2	
PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB)	NIVEL 2	
quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	NIVEL 2	
ranolazine er (er 500 mg tab er 12h, er 1000 mg tab er 12h)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
spironolactone-hctz 25-25 mg tab	NIVEL 2	
telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)	NIVEL 4	
telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

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 4	
triamterene-hctz (37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)	NIVEL 1	
triamterene-hctz 37.5-25 mg cap	NIVEL 2	
valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)	NIVEL 1	
VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VYNDAMAX 61 MG CAP	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)

DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO

fenofibrate (48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap, 134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap)	NIVEL 2
fenofibrate micronized (43 mg cap, 67 mg cap, 130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap)	NIVEL 2
fenofibric acid (45 mg cap dr, 135 mg cap dr)	NIVEL 3
gemfibrozil 600 mg tab	NIVEL 2

DISLIPIDÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HIDROXIMETILGLUTARIL-COENZIMA A (HMG-COA) REDUCTASA

atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1
fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4
fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h	NIVEL 4
lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1
rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1
simvastatin (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1

DISLIPIDÉMICOS, OTROS

cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	NIVEL 3
cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	NIVEL 3
colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)	NIVEL 4

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)	NIVEL 4	
colestipol hcl 1 gm tab	NIVEL 3	
ezetimibe 10 mg tab	NIVEL 2	
ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)	NIVEL 4	
icosapent ethyl 0.5 gm cap	NIVEL 4	QL (8 PER 1 DAYS)
icosapent ethyl 1 gm cap	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	NIVEL 4	
niacin er (antihyperlipidemic) (er (antihyperlipidemic) 750 mg tab er, er (antihyperlipidemic) 1000 mg tab er)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	NIVEL 4	
omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	NIVEL 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	NIVEL 3	PA, QL (3.5 PER 28 OVER TIME)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)

DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO

amiloride hcl 5 mg tab	NIVEL 2
eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 3
spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 2

DIURÉTICOS, ASA

bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 2
bumetanide 0.25 mg/ml solution	NIVEL 4
furosemide (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1
furosemide 10 mg/ml solution	NIVEL 4
FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION	NIVEL 2
torsemide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 2

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

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

DIURÉTICOS, TIAZIDAS

<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2
<i>DIURIL 250 MG/5ML SUSPENSION</i>	NIVEL 4
<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 2
<i>metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2

INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)

<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 2
<i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 2
<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 3
<i>perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	NIVEL 2
<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 2

VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA

<i>hydralazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2
<i>minoxidil (2.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2

VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS

<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 24h, er 60 mg tab er 24h, er 120 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>minitran (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	NIVEL 2	
NITRO-BID 2 % OINTMENT	NIVEL 3	
<i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	NIVEL 2	
<i>nitroglycerin (0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.6 mg sl tab)</i>	NIVEL 3	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>nitroglycerin 0.4 mg/spray solution</i>	NIVEL 4	
NITROSTAT (0.3 MG SL TAB, 0.4 MG SL TAB, 0.6 MG SL TAB)	NIVEL 3	
RECTIV 0.4 % OINTMENT	NIVEL 4	QL (30 PER 30 OVER TIME)

DERMATOLÓGICOS

ACNÉ Y ROSÁcea, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

<i>accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>adapalene 0.1 % cream</i>	NIVEL 4	PA
<i>adapalene 0.1 % gel</i>	NIVEL 3	PA
<i>amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>avita (0.025 % cream, 0.025 % gel)</i>	NIVEL 3	PA
<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 1-5 % gel</i>	NIVEL 4	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel</i>	NIVEL 3	
<i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>myorisan (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>tazarotene 0.1 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>TAZORAC 0.05 % CREAM</i>	NIVEL 4	
<i>tretinooin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)</i>	NIVEL 3	PA

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS		
<i>acyclovir 5 % ointment</i>	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>ciclodan 8 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)</i>	NIVEL 4	
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate (1 % gel, 1 % lotion, 1 % solution)</i>	NIVEL 2	
<i>ERY 2 % PAD</i>	NIVEL 3	
<i>erythromycin 2 % gel</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	NIVEL 2	
<i>SULFAMYLYON 85 MG/GM CREAM</i>	NIVEL 4	
DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
<i>ala-cort (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	NIVEL 2	
<i>alclometasone dipropionate 0.05 % ointment</i>	NIVEL 3	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	NIVEL 2	
<i>ANUSOL-HC 2.5 % CREAM</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion)</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone valerate 0.1 % lotion</i>	NIVEL 3	
<i>CAPEX 0.01 % SHAMPOO</i>	NIVEL 4	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 4	
<i>desoximetasone (0.25 % cream, 0.25 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	NIVEL 4	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	NIVEL 3	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	NIVEL 2	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 3	QL (200 PER 28 OVER TIME)
<i>hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone (perianal) ((perianal) 1 % cream, (perianal) 2.5 % cream)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone valerate 0.2 % cream</i>	NIVEL 3	ST
<i>mometasone furoate 0.1 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>procto-pak 1 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>	NIVEL 2	
<i>tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)</i>	NIVEL 3	QL (100 PER 30 OVER TIME)
<i>triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>triamcinolone acetonide 0.025 % lotion</i>	NIVEL 3	
<i>triderm (0.1 % cream, 0.5 % cream)</i>	NIVEL 2	

DERMATOLÓGICOS, OTROS

<i>calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>calcipotriene 0.005 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	NIVEL 3	
<i>CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT</i>	NIVEL 4	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion</i>	NIVEL 4	
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	NIVEL 4	PA, QL (100 PER 30 OVER TIME)
<i>fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)</i>	NIVEL 2	
<i>fluorouracil 5 % cream</i>	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>imiquimod 5 % cream</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i>	NIVEL 4	
OTEZLA 30 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>podoфilox 0.5 % solution</i>	NIVEL 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	QL (180 PER 30 OVER TIME)
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	NIVEL 2	
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
<i>ssd 1 % cream</i>	NIVEL 2	
STELARA 130 MG/26ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (104 PER 365 OVER TIME)
TOLAK 4 % CREAM	NIVEL 3	

PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS

LINDANE 1% SHAMPOO	NIVEL 4	
<i>malathion 0.5 % lotion</i>	NIVEL 4	
<i>permethrin 5 % cream</i>	NIVEL 2	

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES

CHEMET 100 MG CAP	NIVEL 5	
<i>clovique 250 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>deferasirox (180 mg tab, 250 mg tab sol, 360 mg tab, 500 mg tab sol)</i>	NIVEL 5	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	NIVEL 3	
<i>deferasirox 90 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>trientine hcl 250 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)

QUELANTES DE FOSFATO

<i>calcium acetate (phos binder) 667 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>calcium acetate (phos binder) 667 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>calcium acetate 667 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lanthanum carbonate (500 mg chew tab, 750 mg chew tab, 1000 mg chew tab)</i>	NIVEL 4	
<i>sevelamer carbonate (0.8 gm packet, 2.4 gm packet)</i>	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
sevelamer carbonate 800 mg tab	NIVEL 3	
QUELANTES DE POTASIO		
kionex 15 gm/60ml suspension	NIVEL 3	
sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)	NIVEL 3	
SPS 15 GM/60ML SUSPENSION	NIVEL 3	
VELTASSA (8.4 GM PACKET, 16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET)	NIVEL 3	
SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES		
AMINOSYN II 10 % SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
carglumic acid 200 mg tab sol	NIVEL 5	PA, LA
CRYSVITA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
CRYSVITA 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
CRYSVITA 30 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA, QL (6 PER 28 OVER TIME)
HEPATAMINE 8 % SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)	NIVEL 4	
klor-con 10 10 meq tab er	NIVEL 2	
klor-con 8 meq tab er	NIVEL 2	
klor-con m10 10 meq tab er	NIVEL 2	
klor-con m15 15 meq tab er	NIVEL 2	
klor-con m20 20 meq tab er	NIVEL 2	
klor-con sprinkle (8 cap er, 10 cap er)	NIVEL 2	
magnesium sulfate 50 % solution	NIVEL 4	
NORMOSOL-M IN D5W SOLUTION	NIVEL 4	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
potassium chloride (2 meq/ml solution, 10 % solution, 10 meq/100ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/100ml solution, 40 meq/15ml (20%) solution)	NIVEL 4	
potassium chloride crys er (crys er 10 tab er, crys er 15 tab er, crys er 20 tab er)	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>potassium chloride er (er 8 cap er, er 8 tab er, er 10 cap er, er 10 tab er, er 20 tab er)</i>	NIVEL 2	
<i>potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 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	
PREMASOL 10 % SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	NIVEL 4	

VITAMINAS

<i>dextrose (5 % solution, 10 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>dextrose-sodium chloride (2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution, 5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution, 10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution)</i>	NIVEL 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	NIVEL 4	
LACTATED RINGERS SOLUTION	NIVEL 4	
<i>lactated ringers solution</i>	NIVEL 2	
<i>levocarnitine 330 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	NIVEL 2	
POTASSIUM CHLORIDE IN DEXTROSE (20-5 MEQ/L-% SOLUTION, 40-5 MEQ/L-% SOLUTION)	NIVEL 4	
<i>prenatal vitamins</i>	NIVEL 3	
<i>ringers solution</i>	NIVEL 4	
<i>ringers irrigation solution</i>	NIVEL 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sodium fluoride (0.55 (0.25 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, 2.2 (1 f) mg chew tab)</i>	NIVEL 2	
<i>tis-u-sol solution</i>	NIVEL 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
AMINOSALICILATOS		
balsalazide disodium 750 mg cap	NIVEL 2	
mesalamine 1.2 gm tab dr	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
mesalamine 1000 mg suppos	NIVEL 4	
mesalamine 4 gm enema	NIVEL 2	
mesalamine er 0.375 gm cap er 24h	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)	NIVEL 2	
GLUCOCORTICOIDES		
budesonide 3 mg cp dr part	NIVEL 4	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
budesonide er 9 mg tab er 24h	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
colocort 100 mg/60ml enema	NIVEL 3	
CORTIFOAM 10 % FOAM	NIVEL 4	
hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
hydrocortisone 100 mg/60ml enema	NIVEL 3	
ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
alendronate sodium (5 mg tab, 10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)	NIVEL 2	
alendronate sodium 70 mg/75ml solution	NIVEL 4	
calcitonin (salmon) 200 unit/act solution	NIVEL 2	QL (3.7 PER 30 OVER TIME)
calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
calcitriol 1 mcg/ml solution	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cinacalcet hcl 90 mg tab	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg cap, 2.5 mcg cap, 4 mcg/2ml solution)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
FORTEO 600 MCG/2.4ML SOLN PEN	NIVEL 5	PA
ibandronate sodium 150 mg tab	NIVEL 2	
ibandronate sodium 3 mg/3ml solution	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
NATPARA (25 MCG CARTRIDGE, 50 MCG CARTRIDGE, 75 MCG CARTRIDGE, 100 MCG CARTRIDGE)	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<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
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA
<i>risedronate sodium (5 mg tab, 35 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 4	
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	NIVEL 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	NIVEL 5	PA, QL (1.56 PER 28 OVER TIME)
XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (1.7 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

GASTROINTESTINALES

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)

<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 4
<i>cimetidine hcl (300 mg/5ml solution, 400 mg/6.67ml solution)</i>	NIVEL 2
<i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 2
<i>nizatidine (150 mg cap, 300 mg cap)</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	
<i>DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID</i>	NIVEL 4	
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>XERMELO 250 MG TAB</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)

ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES

<i>atropine sulfate (0.5 mg/5ml soln prsyr, 1 mg/10ml soln prsyr)</i>	NIVEL 4	
<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 5 mg tab</i>	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

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

ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL

<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	NIVEL 3	
<i>NULYTELY LEMON-LIME 420 GM RECON SOLN</i>	NIVEL 3	
<i>NULYTELY WITH FLAVOR PACKS 420 GM RECON SOLN</i>	NIVEL 3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
<i>RELISTOR (8 MG/0.4ML SOLUTION, 12 MG/0.6ML SOLUTION)</i>	NIVEL 5	PA
<i>trilyte 420 gm recon soln</i>	NIVEL 2	

GASTROINTESTINALES, OTROS

<i>GATTEX 5 MG KIT</i>	NIVEL 5	PA, LA
<i>GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN</i>	NIVEL 2	
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
<i>GOLYTELY 236 GM RECON SOLN</i>	NIVEL 3	
<i>MYALEPT 11.3 MG RECON SOLN</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
<i>SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART</i>	NIVEL 5	PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME)
<i>SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART</i>	NIVEL 5	PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
<i>ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

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

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

<i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i>	NIVEL 3	
<i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>	NIVEL 3	
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>omeprazole (10 mg cap dr, 20 mg cap dr)</i>	NIVEL 2	
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i>	NIVEL 2	
<i>pantoprazole sodium 40 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	NIVEL 3	

PROTECTORES

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

GENITOURINARIOS

ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS

<i>flavoxate hcl 100 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>GEMTESA 75 MG TAB</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)</i>	NIVEL 4	
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>oxybutynin chloride er (er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h, er 15 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>solifenacina succinate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 4	ST
<i>tolterodine tartrate er (er 2 mg cap er 24h, er 4 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 4	ST
<i>trospium chloride 20 mg tab</i>	NIVEL 2	

GENITOURINARIOS, OTROS

<i>bethanechol chloride (5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	NIVEL 5	PA

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h	NIVEL 2	
dutasteride 0.5 mg cap	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
finasteride 5 mg tab	NIVEL 2	
silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	NIVEL 2	

HEMOPERIVADOS Y MODIFICADORES

ANTICOAGULANTES

dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 110 mg cap, 150 mg cap)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 OVER TIME)
enoxaparin sodium (80 mg/0.8ml soln prsyr, 120 mg/0.8ml soln prsyr)	NIVEL 4	QL (48 PER 30 OVER TIME)
enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr	NIVEL 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr	NIVEL 4	QL (24 PER 30 OVER TIME)
enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr	NIVEL 4	QL (36 PER 30 OVER TIME)
fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution	NIVEL 5	QL (24 PER 30 OVER TIME)
fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution	NIVEL 4	QL (15 PER 30 OVER TIME)
fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution	NIVEL 5	QL (12 PER 30 OVER TIME)
fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution	NIVEL 5	QL (18 PER 30 OVER TIME)
heparin sodium (porcine) ((porcine) 1000 unit/ml solution, (porcine) 5000 unit/ml solution, (porcine) 10000 unit/ml solution, (porcine) 20000 unit/ml solution)	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
jantoven (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 1	
warfarin sodium (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 1	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 3	QL (20 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS

<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	NIVEL 3	
PROMACTA (12.5 MG PACKET, 12.5 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
PROMACTA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
PROMACTA 25 MG PACKET	NIVEL 5	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
PROMACTA 75 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
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
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA

HEMOSTÁTICOS

<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
-----------------------------------	---------	-------------------

MODIFICADORES PLAQUETARIOS

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

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	NIVEL 4	
--	---------	--

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % solution</i>	NIVEL 4	
GENOTROPIN (5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE)	NIVEL 5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK (0.2 MG PRSYR, 0.4 MG PRSYR, 0.6 MG PRSYR, 0.8 MG PRSYR, 1 MG PRSYR, 1.2 MG PRSYR, 1.4 MG PRSYR, 1.6 MG PRSYR, 1.8 MG PRSYR, 2 MG PRSYR)	NIVEL 5	PA
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN, 10 MG/1.5ML SOLN CART)	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 solution, 200 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	
<i>testosterone (1.62 % gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)</i>	NIVEL 4	PA, QL (150 PER 30 OVER TIME)
<i>testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)</i>	NIVEL 3	PA, QL (300 PER 30 OVER TIME)
<i>testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel</i>	NIVEL 4	PA, QL (37.5 PER 30 OVER TIME)
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (5 PER 30 OVER TIME)

ESTEROIDES ANABOLIZANTES

ANADROL-50 50 MG TAB	NIVEL 5	
oxandrolone (2.5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 3	

ESTRÓGENOS

<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
amethia 0.15-0.03 & 0.01 mg tab	NIVEL 4	
amethia lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	NIVEL 3	
apri 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
ashlyna 0.15-0.03 & 0.01 mg tab	NIVEL 4	
aubra 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
aviane 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
ayuna 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	NIVEL 3	
balziva 0.4-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
bekyree 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	NIVEL 3	
blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
briellyn 0.4-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
camrese 0.15-0.03 & 0.01 mg tab	NIVEL 4	
camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	NIVEL 3	
caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab	NIVEL 3	
chateal 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
cyclafem 1/35 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
cyclafem 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
cyred 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
daysee 0.15-0.03 &0.01 mg tab	NIVEL 4	
delyla 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	NIVEL 4	
desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	NIVEL 3	
dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)	NIVEL 3	QL (16 PER 28 OVER TIME)
drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)	NIVEL 3	
elonest 0.3-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring	NIVEL 4	QL (1 PER 28 OVER TIME)
emoquette 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring	NIVEL 4	QL (1 PER 28 OVER TIME)
enpresse-28 50-30/75-40/125-30 mcg tab	NIVEL 3	
enskyce 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
estarrylla 0.25-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)	NIVEL 3	QL (16 PER 28 OVER TIME)
estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)	NIVEL 3	QL (8 PER 28 OVER TIME)
estradiol (0.1 mg/gm cream, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 2	
estradiol 10 mcg tab	NIVEL 3	
estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)	NIVEL 4	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	NIVEL 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)	NIVEL 3	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring	NIVEL 4	QL (1 PER 28 OVER TIME)
falmina 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
femynor 0.25-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)	NIVEL 4	
gianvi 3-0.02 mg tab	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring	NIVEL 4	QL (1 PER 28 OVER TIME)
iclevia 0.15-0.03 mg tab	NIVEL 3	
introvale 0.15-0.03 mg tab	NIVEL 3	
isibloom 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
jaimiess 0.15-0.03 &0.01 mg tab	NIVEL 4	
jasmiel 3-0.02 mg tab	NIVEL 3	
jinteli 1-5 mg-mcg tab	NIVEL 4	
jolessa 0.15-0.03 mg tab	NIVEL 3	
juleber 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
junel 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
kalliga 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	NIVEL 3	
kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab	NIVEL 3	
kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
larin 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
larissia 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
lessina 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	NIVEL 3	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	NIVEL 3	
levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)	NIVEL 3	
levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 &0.01 mg tab	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<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 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lutera 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	NIVEL 3	QL (16 PER 28 OVER TIME)
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)</i>	NIVEL 4	
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<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>mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	NIVEL 4	
<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	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nymyo 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>ocella 3-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>orsythia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>PREMARIN (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)</i>	NIVEL 4	
<i>PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM</i>	NIVEL 3	
<i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>simpesse 0.15-0.03 &0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>syeda 3-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	
tri-previfem 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	
tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	
trivora (28) 50-30/75-40/125-30 mcg tab	NIVEL 3	
turqoz 0.3-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	NIVEL 3	
vestura 3-0.02 mg tab	NIVEL 3	
vienna 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	NIVEL 3	
volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	NIVEL 3	
vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
vylibra 0.25-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
wera 0.5-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	NIVEL 3	
xulane 150-35 mcg/24hr patch wk	NIVEL 4	
yuvafem 10 mcg tab	NIVEL 3	
zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk	NIVEL 4	
zarah 3-0.03 mg tab	NIVEL 3	
zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
zumandimine 3-0.03 mg tab	NIVEL 3	

MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS

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

PROGESTINAS

camila 0.35 mg tab	NIVEL 3
deblitane 0.35 mg tab	NIVEL 3
DEPO-PROVERA 400 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	NIVEL 4
errin 0.35 mg tab	NIVEL 3
heather 0.35 mg tab	NIVEL 3

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE 1.25 GM/5ML SOLUTION	NIVEL 5	
<i>incassia</i> 0.35 mg tab	NIVEL 3	
<i>jencycla</i> 0.35 mg tab	NIVEL 3	
<i>lyleq</i> 0.35 mg tab	NIVEL 3	
<i>lyza</i> 0.35 mg tab	NIVEL 3	
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)	NIVEL 4	
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	
<i>megestrol acetate</i> (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>megestrol acetate</i> 625 mg/5ml suspension	NIVEL 4	PA
<i>nora-be</i> 0.35 mg tab	NIVEL 3	
<i>norethindrone</i> 0.35 mg tab	NIVEL 3	
<i>norethindrone acetate</i> 5 mg tab	NIVEL 2	
<i>norlyda</i> 0.35 mg tab	NIVEL 3	
<i>norlyroc</i> 0.35 mg tab	NIVEL 3	
<i>progesterone</i> (100 mg cap, 200 mg cap)	NIVEL 2	
<i>sharobel</i> 0.35 mg tab	NIVEL 3	
<i>tulana</i> 0.35 mg tab	NIVEL 3	

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

<i>alclometasone dipropionate</i> 0.05 % cream	NIVEL 3	
<i>betamethasone dipropionate</i> 0.05 % ointment	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate aug</i> (0.05 % cream, 0.05 % lotion)	NIVEL 2	
<i>clobetasol prop emollient base</i> 0.05 % cream	NIVEL 4	
<i>clobetasol propionate e</i> 0.05 % cream	NIVEL 4	
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	NIVEL 4	
CORTROPHIN 80 UNIT/ML GEL	NIVEL 5	PA, LA

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
decadron (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)	NIVEL 2	
dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)	NIVEL 2	
dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
dexamethasone sodium phosphate (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
dexamethasone sodium phosphate (4 mg/ml soln prsyr, 4 mg/ml solution, 20 mg/5ml solution, 120 mg/30ml solution)	NIVEL 4	
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	NIVEL 2	
hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment	NIVEL 4	ST
hydrocortisone valerate 0.2 % ointment	NIVEL 3	
methylprednisolone (4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)	NIVEL 2	
methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)	NIVEL 4	
methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln	NIVEL 4	
mifepristone 300 mg tab	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)	NIVEL 2	
prednisolone 15 mg/5ml solution	NIVEL 2	
prednisolone sodium phosphate (6.7 (5 base) mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution)	NIVEL 3	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5ml solution	NIVEL 2	
prednisone (1 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

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

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

euthyrox (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)	NIVEL 1
levo-t (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)	NIVEL 3
levothyroxine sodium (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)	NIVEL 1
levoxyl (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)	NIVEL 3
liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)	NIVEL 2
SYNTHROID (25 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB, 100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 300 MCG TAB)	NIVEL 3
unithroid (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)	NIVEL 3

HORMONALES, SUPRESORES (HIPOFISARIOS)

cabergoline 0.5 mg tab	NIVEL 3
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 MG/VIAL RECON SOLN	NIVEL 5
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	NIVEL 4
LANREOTIDE ACETATE 120 MG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 5 PA - FOR NEW STARTS ONLY
leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit	NIVEL 5
LUPRON DEPOT (1-MONTH) ((1-MONTH) 3.75 MG KIT, (1-MONTH) 7.5 MG KIT)	NIVEL 5

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LUPRON DEPOT (3-MONTH) ((3-MONTH) 11.25 MG KIT, (3-MONTH) 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>octreotide acetate (50 mcg/ml soln prsyr, 50 mcg/ml solution, 100 mcg/ml soln prsyr, 100 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution)</i>	NIVEL 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SANDOSTATIN LAR DEPOT (10 MG KIT, 20 MG KIT, 30 MG KIT)	NIVEL 5	PA
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
SOMATULINE DEPOT (60 MG/0.2ML SOLUTION, 90 MG/0.3ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	
TRELSTAR MIXJECT (3.75 MG RECON SUSP, 11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

ANTITIROIDEOS

<i>methimazole (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	NIVEL 2

INMUNOLÓGICOS

ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL

HAEGARDA (2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN)	NIVEL 5	PA, LA
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INMUNOESTIMULANTES		
ACTIMMUNE 2000000 UNIT/0.5ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
INTRON A (6000000 UNIT/ML SOLUTION, 10000000 UNIT RECON SOLN, 10000000 UNIT/ML SOLUTION, 18000000 UNIT RECON SOLN, 50000000 UNIT RECON SOLN)	NIVEL 5	LA
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 30 OVER TIME)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 30 OVER TIME)
PEGASYS PROCLICK 180 MCG/0.5ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 30 OVER TIME)
INMUNOGLOBULINAS		
GAMMAGARD (1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 30 GM/300ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA (S/D 5 GM RECON SOLN, S/D 10 GM RECON SOLN)	NIVEL 5	PA
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 SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA
INMUNOLÓGICOS, OTROS		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
BEYFORTUS (50 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 4	
DUPIXENT (100 MG/0.67ML SOLN PRSYR, 200 MG/1.14ML SOLN PEN, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN PEN, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
ILARIS 150 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA
OTEZLA 10 & 20 & 30 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
RIDAURA 3 MG CAP	NIVEL 5	
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
STELARA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, QL (0.5 PER 28 OVER TIME)
STELARA 90 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
TALTZ (80 MG/ML SOLN A-INJ, 80 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
XELJANZ (5 MG TAB, 10 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
XOLAIR (150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
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 OVER TIME)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)

INMUNOSUPRESORES

azathioprine 50 mg tab	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine (25 mg cap, 50 mg/ml solution, 100 mg cap)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine modified (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (4.08 PER 28 OVER TIME)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
genograf (25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HUMIRA (10 MG/0.1ML PREF SY KT, 20 MG/0.2ML PREF SY KT)	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA (2 PEN) (PEN) 40 MG/0.4ML PEN KIT, (PEN) 40 MG/0.8ML PEN KIT)	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA (2 SYRINGE) 40 MG/0.8ML PREF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA 40 MG/0.4ML PREF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PREF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 80 MG/0.8ML PREF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA PEN 80 MG/0.8ML PEN KIT	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER 80 MG/0.8ML PEN KIT	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START 80 MG/0.8ML PEN KIT	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT STARTER 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PEN KIT	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 40 MG/0.8ML PEN KIT	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER 40 MG/0.8ML PEN KIT	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 365 OVER TIME)
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>methotrexate sodium (1 gm recon soln, 50 mg/2ml solution, 250 mg/10ml solution, 1000 mg/40ml solution)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) ((pf) 1 gm/40ml solution, (pf) 50 mg/2ml solution, (pf) 250 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml recon susp</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	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
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZUROCK 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<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
TREXALL (5 MG TAB, 7.5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB)	NIVEL 4	
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

VACUNAS

ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	NIVEL 3	VAC
ACTHIB RECON SOLN	NIVEL 3	
ADACEL 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	NIVEL 3	VAC
BEXSERO SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	NIVEL 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	NIVEL 3	
DENGVAXIA RECON SUSP	NIVEL 3	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (9 SUSP PRSYR, 9 SUSPENSION)	NIVEL 4	VAC
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
HAVRIX 720 EL U/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	NIVEL 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
IPOL INJECTABLE	NIVEL 3	VAC
IXCHIQ RECON SOLN	NIVEL 4	
IXIARO SUSPENSION	NIVEL 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
KINRIX (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	
M-M-R II RECON SOLN	NIVEL 3	VAC
MENACTRA SOLUTION	NIVEL 3	VAC
MENQUADFI SOLUTION	NIVEL 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	NIVEL 3	VAC
PEDIARIX SUSP PRSYR	NIVEL 3	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
PENBRAYA RECON SUSP	NIVEL 3	
PENTACEL RECON SUSP	NIVEL 3	
PREHEVBRIOD 10 MCG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
PRIORIX RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
PROQUAD RECON SUSP	NIVEL 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	
RABAVERT RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
RECOMBIVAX HB (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 365 OVER TIME), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
TENIVAC 5-2 LFU INJECTABLE	NIVEL 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
TRUMENBA SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	NIVEL 4	VAC

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VAQTA 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
VAQTA 50 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML INJECTABLE	NIVEL 3	VAC
YF-VAX INJECTABLE	NIVEL 4	VAC

MIORRELAJANTES

<i>carisoprodol 350 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA
<i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA
<i>vanadom 350 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (4 PER 1 DAYS)

OFTÁLMICOS

OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS

<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>cromolyn sodium 4 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>LASTACAFT 0.25 % SOLUTION</i>	NIVEL 4	
<i>olopatadine hcl 0.2 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>PAZEO 0.7 % SOLUTION</i>	NIVEL 3	QL (2.5 PER 30 OVER TIME)

OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS

<i>BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	NIVEL 2	
<i>GENTAK 0.3 % OINTMENT</i>	NIVEL 2	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)</i>	NIVEL 3	
<i>MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION</i>	NIVEL 2	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>NATACYN 5 % SUSPENSION</i>	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 (10 % ointment, 10 % solution)</i>	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	NIVEL 2	
OFTÁLMICOS ANTIINFLAMATORIOS		
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>	NIVEL 4	
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	NIVEL 3	
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 OVER TIME)
<i>ketorolac tromethamine 0.4 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>ketorolac tromethamine 0.5 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>loteprednol etabonate (0.2 % suspension, 0.5 % suspension)</i>	NIVEL 3	
MAXIDEX 0.1 % SUSPENSION	NIVEL 4	
PREDNISOLONE ACETATE 1 % SUSPENSION	NIVEL 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1% SOLUTION	NIVEL 2	
PROLENSA 0.07 % SOLUTION	NIVEL 3	
OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS		
<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	NIVEL 4	ST, QL (5 PER 30 DAYS)
<i>latanoprost 0.005 % solution</i>	NIVEL 2	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	NIVEL 4	
OFTÁLMICOS BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>betaxolol hcl 0.5 % solution</i>	NIVEL 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)</i>	NIVEL 4	
<i>timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)</i>	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

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

OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS

<i>acetazolamide er 500 mg cap er 12h</i>	NIVEL 4	
<i>apraclonidine hcl 0.5 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>brimonidine tartrate 0.1 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>brimonidine tartrate 0.15 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	NIVEL 4	
<i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % RECON SOLN</i>	NIVEL 4	
<i>pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)</i>	NIVEL 2	
<i>RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION</i>	NIVEL 3	QL (2.5 PER 25 OVER TIME)
<i>SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION</i>	NIVEL 3	

OFTÁLMICOS, OTROS

<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	NIVEL 2	
<i>atropine sulfate 1 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	NIVEL 3	
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment</i>	NIVEL 2	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	NIVEL 2	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	NIVEL 3	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 3.5-400-10000 ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION</i>	NIVEL 2	
<i>NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION</i>	NIVEL 4	
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
RESTASIS 0.05 % EMULSION	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EMULSION	NIVEL 3	QL (5.5 PER 30 OVER TIME)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	NIVEL 4	QL (2.5 PER 25 OVER TIME)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	NIVEL 2	
XIIDRA 5 % SOLUTION	NIVEL 3	
ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION	NIVEL 3	

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

ANTIDIABÉTICOS

acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 2	
BYETTA 10 MCG PEN 10 MCG/0.04ML SOLN PEN	NIVEL 4	PA, QL (2.4 PER 28 OVER TIME)
BYETTA 5 MCG PEN 5 MCG/0.02ML SOLN PEN	NIVEL 4	PA, QL (1.2 PER 28 OVER TIME)
FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	NIVEL 1	
glipizide (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 1	
glipizide er (er 2.5 mg tab er 24h, er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h)	NIVEL 1	
glipizide xl (2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h, 10 mg tab er 24h)	NIVEL 1	
glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	NIVEL 1	
glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 4	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	NIVEL 4	
glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	NIVEL 4	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUMET XR (50-500 MG TAB ER 24H, 100-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 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 24h, er 750 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 1	
<i>miglitol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)</i>	NIVEL 3	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/1.5ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (1.5 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) (MG/DOSE) 2 MG/1.5ML SOLN PEN, MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN)	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
<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 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl (-metformin 15-500 mg tab, -metformin 15-850 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	
RYBELSUS (3 MG TAB, 7 MG TAB, 14 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNJARDY (5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 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 (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TOLBUTAMIDE 500 MG TAB	NIVEL 1	
TRADJENTA 5 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN PEN, 1.5 MG/0.5ML SOLN PEN, 3 MG/0.5ML SOLN PEN, 4.5 MG/0.5ML SOLN PEN)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VICTOZA 18 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIGDUO XR (2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XIGDUO XR (5-500 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

GLUCÉMICOS

BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	NIVEL 5	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY (1 MG KIT, 1 MG/ML RECON SOLN)	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)

INSULINAS

HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	NIVEL 3	INS
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	INS
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	INS
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	INS
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	INS
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	INS
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	INS
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	INS
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, INS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	INS

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

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

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA

BETASERON 0.3 MG KIT	NIVEL 5	PA, QL (15 PER 30 OVER TIME)
COPAXONE 20 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
COPAXONE 40 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 28 OVER TIME)
dalfampridine er 10 mg tab er 12h	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
fingolimod hcl 0.5 mg cap	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
teriflunomide (7 mg tab, 14 mg tab)	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
TYSABRI 300 MG/15ML CONC	NIVEL 5	PA, LA

FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

DRIZALMA SPRINKLE (20 MG CAP DR, 30 MG CAP DR)	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE (40 MG CAP DR, 60 MG CAP DR)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
duloxetine hcl (20 mg cp dr part, 40 mg cp dr part, 60 mg cp dr part)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
duloxetine hcl 30 mg cp dr part	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
pregabalin (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)
pregabalin 20 mg/ml solution	NIVEL 3	QL (30 PER 1 DAYS)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL

AUSTEDO (9 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
AUSTEDO 6 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
AUSTEDO XR (6 MG TAB ER 24H, 12 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 6 & 12 & 24 MG TBER THPK	NIVEL 5	PA, QL (42 PER 30 OVER TIME)
bac 50-325-40 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-acetaminophen 50-300 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
esgc 50-325-40 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
INGREZZA (60 MG CAP, 80 MG CAP)	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
INGREZZA 40 & 80 MG CAP THPK	NIVEL 5	PA, LA, QL (28 PER 28 OVER TIME)
INGREZZA 40 MG CAP	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
riluzole 50 mg tab	NIVEL 3	
tetrabenazine 12.5 mg tab	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
tetrabenazine 25 mg tab	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
zebutal 50-325-40 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS

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

amphetamine-dextroamphetamine (er 5 mg cap er 24h, er 10 mg cap er 24h, er 15 mg cap er 24h, er 20 mg cap er 24h, er 25 mg cap er 24h, er 30 mg cap er 24h)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab)	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 15 mg tab	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 20 mg tab	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 30 mg tab	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
lisdexamfetamine dimesylate (10 mg cap, 10 mg chew tab, 20 mg cap, 20 mg chew tab, 30 mg cap, 30 mg chew tab, 40 mg cap, 40 mg chew tab, 50 mg cap, 50 mg chew tab, 60 mg cap, 60 mg chew tab, 70 mg cap)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
zenzedi (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
zenzedi 15 mg tab	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
zenzedi 20 mg tab	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
zenzedi 30 mg tab	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)

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

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

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab er</i>	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

ALCOHOL 70% PADS	NIVEL 2
ALCOHOL PREP PAD	NIVEL 2
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	NIVEL 2
ALCOHOL SWABSTICK PAD	NIVEL 2
<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	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
<i>argyle sterile water solution</i>	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
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	NIVEL 3
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC	NIVEL 3
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM MISC	NIVEL 3
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM MISC	NIVEL 3
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	NIVEL 2
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	NIVEL 2
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (PEN 30G 8 MISC, PEN 31G 4 MISC, PEN 31G 5 MISC)	NIVEL 3
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	NIVEL 2
<i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (SYRINGE/NEEDLE 29G 1/2" 1 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 0.3 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 0.5 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 1 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 0.3 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 0.5 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (1/2" 0.3 ML MISC, 5/16" 0.3 ML MISC)	NIVEL 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 5 MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	NIVEL 3	
<i>gauze pads 2</i>	NIVEL 2	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 1 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G 1/2" 0.5 ML MISC, 27G 1/2" 1 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC, 28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
INSUPEN PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
<i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
IWLIFIN 192 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAGEVRIA 200 MG CAP	NIVEL 4	QL (40 PER 30 OVER TIME)
<i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>methergine 0.2 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>	NIVEL 4	
NOVOFINE 32G X 6 MM MISC	NIVEL 3	
NOVOTWIST 32G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (40 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
PEN NEEDLES (PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
<i>qc alcohol 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	NIVEL 2	
<i>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	
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	
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 (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 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	

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES

ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>alyq 20 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
OPSUMIT 10 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
sildenafil citrate 20 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
tadalafil (pah) 20 mg tab	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRACLEER 32 MG TAB SOL	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (270 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIHISTAMÍNICOS

azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)	NIVEL 4	QL (30 PER 25 DAYS)
azelastine hcl 0.15 % solution	NIVEL 3	QL (30 PER 25 DAYS)
cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)	NIVEL 2	
cyproheptadine hcl 4 mg tab	NIVEL 3	PA
hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	PA
hydroxyzine pamoate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	NIVEL 4	PA
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab	NIVEL 2	
promethazine hcl 6.25 mg/5ml solution	NIVEL 2	PA

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)
budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution	NIVEL 3	QL (50 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate 50 mcg/act suspension	NIVEL 2	QL (16 PER 30 DAYS)
PULMICORT FLEXHALER (90 MCG/ACT AER POW BA, 180 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (2 PER 30 DAYS)

ANTILEUCOTRIENOS

montelukast sodium (4 mg chew tab, 5 mg chew tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
montelukast sodium 4 mg packet	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
BRONCODILATADORES, ANTIOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 4	QL (25.8 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.02 % solution	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ipratropium bromide 0.03 % solution	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.06 % solution	NIVEL 2	QL (45 PER 30 DAYS)
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	NIVEL 3	QL (4 PER 30 DAYS)
BRONCODILATADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	NIVEL 2	QL (17 PER 30 OVER TIME)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	NIVEL 2	QL (17 PER 30 OVER TIME)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	NIVEL 2	QL (13.4 PER 30 OVER TIME)
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN)	NIVEL 2	QL (36 PER 30 OVER TIME)
albuterol sulfate (0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, (2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln)	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)	NIVEL 4	
epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)	NIVEL 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACCLICK)	NIVEL 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)	NIVEL 4	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS		
cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA		
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)	NIVEL 5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PIRFENIDONE 534 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)

FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

CAYSTON 75 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA, QL (84 PER 28 OVER TIME)
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 (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (150 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SYMDEKO (50-75 75 MG TAB THPK, 100-150 150 MG TAB THPK)	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	NIVEL 5	PA, QL (224 PER 28 OVER TIME)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	NIVEL 5	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (50-25-37.5 75 MG TAB THPK, 100-50-75 150 MG TAB THPK)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)

INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

roflumilast 250 mcg tab	NIVEL 4	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
roflumilast 500 mcg tab	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>theophylline er (er 100 mg tab er 12h, er 200 mg tab er 12h, er 300 mg tab er 12h, er 400 mg tab er 24h, er 450 mg tab er 12h, er 600 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 3	

TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL

<i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (45-21 MCG/ACT AEROSOL, 115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL)	NIVEL 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BEVESPI AEROSPHERE 9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (10.7 PER 28 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)
<i>breyna (80-4.5 mcg/act aerosol, 160-4.5 mcg/act aerosol)</i>	NIVEL 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (10.7 PER 30 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act aerosol, 160-4.5 mcg/act aerosol)</i>	NIVEL 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBİVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 4	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (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 30 OVER TIME)
NUCALA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, LA, QL (0.4 PER 28 OVER TIME)
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
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 aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)

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

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	
BYLVAY (PELLETS) 200 MCG CAP SPRINK	NIVEL 5	PA, LA, QL (30 PER 1 DAYS)
BYLVAY (PELLETS) 600 MCG CAP SPRINK	NIVEL 5	PA, LA, QL (10 PER 1 DAYS)
BYLVAY 1200 MCG CAP	NIVEL 5	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
BYLVAY 400 MCG CAP	NIVEL 5	PA, LA, QL (18 PER 1 DAYS)
CEREZYME 400 UNIT RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA
CHOLBAM 250 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
CHOLBAM 50 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
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	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
cromolyn sodium 100 mg/5ml conc	NIVEL 4	
CYSTAGON (50 MG CAP, 150 MG CAP)	NIVEL 4	PA, LA
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 28 OVER TIME)
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ENDARI 5 GM PACKET	NIVEL 5	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
javygtor (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)	NIVEL 5	PA
miglustat 100 mg cap	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	NIVEL 5	PA
PROSYSBI (25 MG CAP DR, 75 MG CAP DR)	NIVEL 5	PA, LA
PROLASTIN-C (1000 MG RECON SOLN, 1000 MG/20ML SOLUTION)	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)	NIVEL 5	PA
sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)	NIVEL 5	PA
STRENSIQ (18 MG/0.45ML SOLUTION, 28 MG/0.7ML SOLUTION, 40 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA
STRENSIQ 80 MG/0.8ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA, QL (38.4 PER 28 OVER TIME)
SUCRAID 8500 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA
VYNDAQEL 20 MG CAP	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
yargesa 100 mg cap	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
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 4	

TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS

DORMIR, MEDICAMENTOS PARA

eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
ramelteon 8 mg tab	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
tasimelteon 20 mg cap	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>temazepam 15 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 30 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.125 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.25 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate er 12.5 mg tab er</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate er 6.25 mg tab er</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)

EUGEROICOS

<i>armodafinil (50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 100 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 200 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>XYREM 500 MG/ML SOLUTION</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (540 PER 30 OVER TIME)

ÓTICOS

CIPRO HC 0.2-1 % SUSPENSION	NIVEL 4
CIPROFLOXACIN HCL 0.2 % SOLUTION	NIVEL 3
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	NIVEL 4
COLY-MYCIN S 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3
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

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

Índice de medicamentos

A

abacavir sulfate.....	42	alclometasone dipropionate.....	54,72
abacavir sulfate-lamivudine.....	42	ALCOHOL 70% PADS.....	90
abacavir-lamivudine-zidovudine.....	42	ALCOHOL PREP.....	90
ABELCET.....	20	ALCOHOL PREP PADS.....	90
ABILIFY ASIMTUFII.....	37	ALCOHOL SWABSTICK.....	90
ABILIFY MAINTENA.....	37	alcohol wipes.....	90
abiraterone acetate.....	24	ALDURAZYME.....	96
ABRYSVO.....	79	ALECENSA.....	28
acamprosate calcium.....	6	alendronate sodium.....	59
acarbose.....	84	alfuzosin hcl er.....	63
accutane.....	53	aliskiren fumarate.....	48
acebutolol hcl.....	46	allopurinol.....	21
acetaminophen-codeine.....	1	alosetron hcl.....	60
acetazolamide.....	48	alprazolam.....	4
acetazolamide er.....	83	alprazolam er.....	4
acetic acid.....	6	alprazolam xr.....	4
acetylcysteine.....	95	altavera.....	65
acitretin.....	53	ALUNBRIG.....	28
ACTHIB.....	79	alyacen 1/35.....	66
ACTIMMUNE.....	76	alyacen 7/7/7.....	66
acyclovir.....	40,54	alyq.....	92
acyclovir sodium.....	40	amantadine hcl.....	35
ADACEL.....	79	ambisentan.....	92
adapalene.....	53	amethia.....	66
adefovir dipivoxil.....	39	amethia lo.....	66
ADEMPAS.....	92	amikacin sulfate.....	6
ADVAIR HFA.....	95	amiloride hcl.....	51
afirmelle.....	65	amiloride-hydrochlorothiazide.....	48
AIMOVIG.....	22	AMINOSYN II.....	57
ak-poly-bac.....	83	amiodarone hcl.....	45
AKEEGA.....	25	amitriptyline hcl.....	19
ala-cort.....	54	amlodipine besy-benazepril hcl.....	48
albendazole.....	34	amlodipine besylate.....	46
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	94	amlodipine besylate-valsartan.....	48
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	94	amlodipine-atorvastatin.....	48
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil) 94		amlodipine-olmesartan.....	48
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN).....	94	amlodipine-valsartan-hctz.....	48
albuterol sulfate.....	94	ammonium lactate.....	54
		amnesteem.....	53
		amoxapine.....	19
		amoxicillin.....	9

amoxicillin-pot clavulanate.....	9	atovaquone.....	34
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER.....	9	atovaquone-proguanil hcl.....	34
amphetamine-dextroamphetamine.....	88	atropine sulfate.....	60,83
amphetamine-dextroamphetamine.....	88,89	ATROVENT HFA.....	94
AMPHOTERICIN B.....	20	aubra.....	66
amphotericin b liposome.....	20	aubra eq.....	66
ampicillin.....	9	AUGTYRO.....	25
ampicillin sodium.....	9	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE.....	90
ampicillin-sulbactam sodium.....	9	AUM PEN NEEDLE.....	90
ANADROL-50.....	65	aurovela 1.5/30.....	66
anagrelide hcl.....	64	aurovela 1/20.....	66
anastrozole.....	28	aurovela fe 1.5/30.....	66
ANORO ELLIPTA.....	95	aurovela fe 1/20.....	66
ANUSOL-HC.....	54	AUSTEDO.....	88
apomorphine hcl.....	34	AUSTEDO XR.....	88
apraclonidine hcl.....	83	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION.....	88
aprepitant.....	20	AUVELITY.....	16
APRETUDE.....	40	aviane.....	66
apri.....	66	avidoxy.....	12
APTIOM.....	15	avita.....	53
APTIVUS.....	41	ayuna.....	66
AQ INSULIN SYRINGE.....	90	AYVAKIT.....	25
AQINJECT PEN NEEDLE.....	90	azathioprine.....	77
ARALAST NP.....	96	AZATHIOPRINE SODIUM.....	77
aranelle.....	66	azelastine hcl.....	81,93
ARCALYST.....	76	azithromycin.....	10
AREXVY.....	79	AZITHROMYCIN.....	10
argyle sterile water.....	90	aztreonam.....	6
ariPIPRAZOLE.....	37	azurette.....	66
ARISTADA.....	37		
ARISTADA INITIO.....	37	B	
armodafinil.....	98	bac.....	88
ARNUITY ELLIPTA.....	93	bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	83
asenapine maleate.....	37	BACITRACIN.....	81
ashlyna.....	66	bacitracin-polymyxin b.....	83
aspirin-dipyridamole er.....	64	baclofen.....	20
atazanavir sulfate.....	41	BACLOFEN.....	20
atenolol.....	46	balsalazide disodium.....	59
atenolol-chlorthalidone.....	48	BALVERSA.....	28
atomoxetine hcl.....	89	balziva.....	66
atorvastatin calcium.....	50	BAQSIMI ONE PACK.....	86

BAQSIMI TWO PACK.....	86	blisovi fe 1.5/30.....	66
BARACLUDE.....	39	blisovi fe 1/20.....	66
BCG VACCINE.....	79	BOOSTRIX.....	79
BD INSULIN SYRINGE.....	90	BOSULIF.....	28
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM		BRAFTOVI.....	28
MISC.....	90	BREO ELLIPTA.....	95
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM		breyna.....	95
MISC.....	90	BREZTRI AEROSPHERE.....	95
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM		briellyn.....	66
MISC.....	90	BRILINTA.....	64
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM		brimonidine tartrate.....	83
MISC.....	90	brimonidine tartrate-timolol.....	83
bekyree.....	66	brinzolamide.....	83
benazepril hcl.....	52	BRIVIACT.....	12
benazepril-hydrochlorothiazide.....	48	bromocriptine mesylate.....	34
BENLYSTA.....	76	BRUKINSA.....	25
BENZNIDAZOLE.....	34	budesonide.....	59,93
benzoyl peroxide-erythromycin.....	53	budesonide er.....	59
benztropine mesylate	35	budesonide-formoterol fumarate.....	96
BESIVANCE.....	11	bumetanide.....	51
BESREMI.....	25	buprenorphine.....	2
betaine.....	96	buprenorphine hcl.....	5
betamethasone dipropionate.....	54,72	buprenorphine hcl-naloxone hcl.....	5,6
betamethasone dipropionate aug.....	54,72	bupropion hcl.....	17
betamethasone valerate.....	54	bupropion hcl er (smoking det).....	5,17
BETASERON.....	87	bupropion hcl er (sr).....	17
betaxolol hcl.....	46,82	bupropion hcl er (xl).....	17
bethanechol chloride.....	62	buspirone hcl.....	4
BEVESPI AEROSPHERE.....	95	butalbital-acetaminophen.....	88
bexarotene.....	33	butalbital-apap-caff-cod.....	1
BEXSERO.....	79	butalbital-apap-caffeine.....	88
BEYFORTUS.....	76	butalbital-aspirin-caffeine.....	3
bicalutamide.....	24	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE.....	3
BICILLIN C-R.....	9	butorphanol tartrate.....	1
BICILLIN C-R 900/300.....	9	BYETTA 10 MCG PEN.....	84
BICILLIN L-A.....	9	BYETTA 5 MCG PEN.....	84
BIKTARVY.....	40	BYLVAY.....	96
bimatoprost.....	82	BYLVAY (PELLETS).....	96
BIOGUARD GAUZE SPONGES.....	90		
bisoprolol fumarate.....	46		
bisoprolol-hydrochlorothiazide.....	48		

C

CABENUVA.....43

cabergoline.....	74	CEFEPIME HCL.....	8
CABOMETYX.....	28	cefixime.....	8
calcipotriene.....	55	CEFOTAXIME SODIUM.....	8
calcitonin (salmon).....	59	cefotetan disodium.....	8
calcitrene.....	55	cefoxitin sodium.....	8
CALCITRIOL.....	55	cefepodoxime proxetil.....	8
calcitriol.....	59	cefprozil.....	8
calcium acetate.....	56	ceftazidime.....	8
calcium acetate (phos binder).....	56	ceftriaxone sodium.....	9
CALQUENCE.....	28	cefuroxime axetil.....	9
camila.....	71	cefuroxime sodium.....	9
camrese.....	66	celecoxib.....	3
camrese lo.....	66	cephalexin.....	9
candesartan cilexetil.....	45	CEREZYME.....	96
candesartan cilexetil-hctz.....	48	cetirizine hcl.....	93
CAPEX.....	54	cevimeline hcl.....	44
CAPLYTA.....	37	chateal.....	66
CAPRELSA.....	28	chateal eq.....	66
captopril.....	52	CHEMET.....	56
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	48	CHLORAMPHENICOL SOD SUCCINATE.....	6
carbamazepine.....	15	chlorhexidine gluconate.....	44
carbamazepine er.....	15	chloroquine phosphate.....	34
carbidopa.....	35	chlorpromazine hcl.....	36
carbidopa-levodopa.....	35	chlorthalidone.....	52
carbidopa-levodopa er.....	36	CHOLBAM.....	96
carbidopa-levodopa-entacapone.....	35	cholestyramine.....	50
CARETOUCH ALCOHOL PREP.....	90	cholestyramine light.....	50
carglumic acid.....	57	cyclodan.....	54
carisoprodol.....	81	ciclopirox.....	54
CARTEOLOL HCL.....	82	ciclopirox olamine.....	21
cartia xt.....	47	cilostazol.....	64
carvedilol.....	46	CILOXAN.....	11
carvedilol phosphate er.....	46	CIMDUO.....	42
caspofungin acetate.....	20	cimetidine.....	60
cataflam.....	3	cimetidine hcl.....	60
CAYSTON.....	95	cinacalcet hcl.....	59
caziant.....	66	CIPRO HC.....	98
CEFACLOR.....	8	ciprofloxacin.....	11
cefadroxil.....	8	ciprofloxacin hcl.....	11
cefazolin sodium.....	8	CIPROFLOXACIN HCL.....	11,98
cefdinir.....	8	ciprofloxacin in d5w.....	11

ciprofloxacin-dexamethasone.....	98	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	29
citalopram hydrobromide.....	17	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	90
claravis.....	53	COMPLERA.....	42
CLARITHROMYCIN.....	10	compro.....	19
clarithromycin.....	10	constulose.....	61
clarithromycin er.....	10	COPAXONE.....	87
clindacin etz.....	6	COPIKTRA.....	29
clindacin-p.....	7	CORLANOR.....	49
clindamycin hcl.....	7	CORTIFOAM.....	59
clindamycin palmitate hcl.....	7	CORTISONE ACETATE.....	72
clindamycin phos-benzoyl perox.....	53	CORTISPORIN-TC.....	98
clindamycin phosphate.....	7,54	CORTROPHIN.....	72
clindamycin phosphate in d5w.....	7	COTELLIC.....	29
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL.....	7	CREON.....	96
clobazam.....	14	CRIXIVAN.....	41
clobetasol prop emollient base.....	54,72	cromolyn sodium.....	81,94,97
clobetasol propionate.....	54	cryselle-28.....	66
clobetasol propionate e.....	72	CRYSVITA.....	57
clomipramine hcl.....	19	CVS ALCOHOL PREP PADS.....	90
clonazepam.....	4,5	cvs isopropyl alcohol wipes.....	90
clonidine.....	44	cyclafem 1/35.....	66
clonidine hcl.....	44	cyclafem 7/7/7.....	66
clopидogrel bisulfate.....	64	cyclobenzaprine hcl.....	81
clorazepate dipotassium.....	5	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	23
clotrimazole.....	21	cyclosporine.....	77
clotrimazole-betamethasone.....	55	cyclosporine modified.....	77
clovique.....	56	cyproheptadine hcl.....	93
clozapine.....	36	cyred.....	66
COARTEM.....	34	cyred eq.....	66
CODEINE SULFATE.....	1	CYSTAGON.....	97
codeine sulfate.....	1	CYSTARAN.....	97
colchicine.....	22		
colchicine-probenecid.....	22	D	
colesevelam hcl.....	50	dabigatran etexilate mesylate.....	63
colestipol hcl.....	51	dalfampridine er.....	87
colistimethate sodium (cba).....	7	danazol.....	65
colocort.....	59	dantrolene sodium.....	20
COLY-MYCIN S.....	98	dapsone.....	23
COMBIVENT RESPIMAT.....	96	DAPTACEL.....	79
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	28	daptomycin.....	7
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	29	darunavir.....	41

dasetta 1/35.....	66	diclofenac sodium er.....	3
dasetta 7/7/7.....	66	dicloxacillin sodium.....	10
DAURISMO.....	29	dicyclomine hcl.....	60
daysee.....	67	DIDANOSINE.....	42
deblitane.....	71	DIFICID.....	11
decadron.....	73	diflunisal.....	3
deferasirox.....	56	dilfluprednate.....	82
DELSTRIGO.....	42	digitek.....	49
delyla.....	67	digox.....	49
DENGVAXIA.....	79	digoxin.....	49
DEPO-ESTRADIOL.....	67	dihydroergotamine mesylate.....	22
DEPO-PROVERA.....	71	DILANTIN.....	15
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	71	dilt-xr.....	47
depo-testosterone.....	65	diltiazem hcl.....	47
DERMOTIC.....	98	diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	47
DESCOVERY.....	42	diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	47
desipramine hcl.....	19	diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	47
desmopressin ace spray refrigerated.....	64	diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	47
desmopressin acetate.....	65	diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	47
desmopressin acetate pf.....	65	diltiazem hcl er.....	47
desmopressin acetate spray.....	65	diltiazem hcl er beads.....	47
desogestrel-ethynodiol dihydrogenated.....	67	dimethyl fumarate.....	87
desonide.....	54	dimethyl fumarate starter pack.....	87
desoximetasone.....	54	diphenoxylate-atropine.....	60
desvenlafaxine succinate er.....	17,18	DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	60
dexamethasone.....	73	DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	79
dexamethasone sod phosphate pf.....	73	dipyridamole.....	64
dexamethasone sodium phosphate.....	73	disopyramide phosphate.....	45
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	82	disulfiram.....	6
dexmethylphenidate hcl.....	89	DIURIL.....	52
dextroamphetamine sulfate.....	89	divalproex sodium.....	12
dextrose.....	58	divalproex sodium er.....	12
dextrose in lactated ringers.....	58	dofetilide.....	45
dextrose-sodium chloride.....	58	donepezil hcl.....	16
DIACOMIT.....	12	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg.....	16
diazepam.....	5,14		
DIAZEPAM.....	14		
diazepam intensol.....	5		
diazoxide.....	86		
diclofenac potassium.....	3		
diclofenac sodium.....	3,55,82		

donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg.....	16	emoquette.....	67
dorzolamide hcl.....	83	EMSAM.....	17
dorzolamide hcl-timolol mal.....	83	emtricitabine.....	42
dotti.....	67	emtricitabine-tenofovir df.....	42,43
DOVATO.....	40	EMTRIVA.....	43
doxazosin mesylate.....	46	enalapril maleate.....	52
doxepin hcl.....	19	enalapril-hydrochlorothiazide.....	49
doxercalciferol.....	59	ENBREL.....	77
doxy 100.....	12	ENBREL SURECLICK.....	77
doxycycline hydiate.....	12	ENDARI.....	97
doxycycline monohydrate.....	12	endocet.....	1
DRIZALMA SPRINKLE.....	87	ENGERIX-B.....	79
dronabinol.....	20	enilloring.....	67
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE	91	enoxaparin sodium.....	63
drospirenone-ethinyl estradiol.....	67	enpresse-28.....	67
DROXIA.....	25	enskyce.....	67
droxidopa.....	44	entacapone.....	35
duloxetine hcl.....	88	entecavir.....	39
DUPIXENT.....	76	ENTRESTO.....	49
dutasteride.....	63	enulose.....	61
dutasteride-tamsulosin hcl.....	63	ENVARSUS XR.....	77

E

E.S. 400.....	11	EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	94
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	91	epitol.....	15
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	91	EPIVIR HBV.....	39
ec-naproxen.....	3	eplerenone.....	51
econazole nitrate.....	21	EPRONTIA.....	12
EDURANT.....	42	EPROSARTAN MESYLATE.....	45
EFAVIRENZ.....	42	ERIVEDGE.....	29
efavirenz.....	42	ERLEADA.....	24
efavirenz-emtricitab-tenofo df.....	42	erlotinib hcl.....	29
efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	42	errin.....	.71
ELAPRASE.....	97	ertapenem sodium.....	10
elinest.....	67	ERY.....	54
ELIQUIS.....	63	erythrocin lactobionate.....	11
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	63	erythromycin.....	54,81
eluryng.....	67	erythromycin base.....	11
EMBRACE PEN NEEDLES.....	91	erythromycin ethylsuccinate.....	11
EMCYT.....	25		

erythromycin lactobionate	11	FETZIMA TITRATION	18
escitalopram oxalate	18	finasteride	63
esgc	88	fingolimod hcl	87
esomeprazole magnesium	62	FINTEPLA	12
estarrylla	67	FIRMAGON	74
estradiol	67	FIRMAGON (240 MG DOSE)	74
estradiol valerate	67	flavoxate hcl	62
ESTRING	67	flecainide acetate	45
eszopiclone	97	fluconazole	21
ethambutol hcl	23	fluconazole in sodium chloride	21
ethosuximide	15	flucytosine	21
ethynodiol diac-eth estradiol	67	fludrocortisone acetate	73
etodolac	3	flunisolide	93
etodolac er	3	fluocinolone acetonide	54
etonogestrel-ethinyl estradiol	67	fluocinolone acetonide body	54
etravirine	42	fluocinolone acetonide scalp	55
euthyrox	74	fluocinonide	55
everolimus	29,77	fluocinonide emulsified base	55
EVOTAZ	41	fluorometholone	82
exemestane	28	fluorouracil	55
EXKIVITY	25	fluoxetine hcl	18
ezetimibe	51	FLUOXETINE HCL	18
ezetimibe-simvastatin	51	fluphenazine decanoate	36
F		FLUPHENAZINE HCL	36
falmina	67	flurbiprofen	3
famciclovir	40	FLURBIPROFEN SODIUM	82
famotidine	60	flutamide	24
FANAPT	37	fluticasone propionate	55,93
FANAPT TITRATION PACK	37	fluticasone-salmeterol	96
FARXIGA	84	FLUTICASONE-SALMETEROL	96
febuxostat	22	fluvastatin sodium	50
felbamate	12	fluvastatin sodium er	50
felodipine er	46	fluvoxamine maleate	18
femynor	67	FML	82
fenofibrate	50	FML FORTE	82
fenofibrate micronized	50	fondaparinux sodium	63
fenofibric acid	50	FORTEO	59
fentanyl	2	fosamprenavir calcium	41
fentanyl citrate	1	fosinopril sodium	52
FETZIMA	18	fosinopril sodium-hctz	49
		FOTIVDA	25

FRUZAQLA.....	29
fulvestrant.....	25
furosemide.....	51
FUROSEMIDE.....	51
FUZEON.....	43
fyavolv.....	67
FYCOMPA.....	12,13

G

gabapentin.....	14
galantamine hydrobromide.....	16
galantamine hydrobromide er.....	16
GAMMAGARD.....	76
GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	76
GAMUNEX-C.....	76
GARDASIL 9.....	79
GATTEX.....	61
gauze pads 2.....	91
GAVILYTE-C.....	61
gavilyte-g.....	61
gavilyte-n with flavor pack.....	61
GAVRETO.....	29
gefitinib.....	29
gemfibrozil.....	50
GEMTESA.....	62
generlac.....	61
gengraf.....	77
GENOTROPIN.....	65
GENOTROPIN MINIQUICK.....	65
GENTAK.....	81
gentamicin sulfate.....	6,81
GENVOYA.....	40
gianvi.....	67
GILOTRIF.....	29
GLEOSTINE.....	23
glimepiride.....	84
glipizide.....	84
glipizide er.....	84
glipizide xl.....	84
glipizide-metformin hcl.....	84
GLUCAGEN HYPOKIT.....	86

GLUCAGON EMERGENCY.....	86
glyburide.....	84
GLYBURIDE MICRONIZED.....	84
glyburide-metformin.....	84
glycopyrrolate.....	60
GLYXAMBI.....	84
GOLYTELY.....	61
granisetron hcl.....	20
griseofulvin microsize.....	21
griseofulvin ultramicrosize.....	21
guanfacine hcl.....	44
guanfacine hcl er.....	89
GUANIDINE HCL.....	23

H

HAEGARDA.....	75
hailey 1.5/30.....	68
hailey fe 1.5/30.....	68
hailey fe 1/20.....	68
halobetasol propionate.....	55
haloette.....	68
haloperidol.....	36
haloperidol decanoate.....	36
haloperidol lactate.....	36
HARVONI.....	40
HAVRIX.....	79
heather.....	71
heparin sodium (porcine).....	63
heparin sodium (porcine) pf.....	63
HEPATAMINE.....	57
HEPLISAV-B.....	79
HIBERIX.....	79
HIZENTRA.....	76
HUMALOG.....	86
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	86
HUMALOG KWIKPEN.....	86
HUMALOG MIX 50/50.....	86
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	86
HUMALOG MIX 75/25.....	86
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	86
HUMIRA.....	78

HUMIRA (2 PEN).....	78	ILARIS.....	76
HUMIRA (2 SYRINGE).....	78	ILEVRO.....	.82
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START.....	78	imatinib mesylate.....	.29
HUMIRA PEN.....	78	IMBRUVICA.....	30
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER.....	78	imipenem-cilastatin.....	10
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START.....	78	imipramine hcl.....	19
HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT STARTER.....	78	imiquimod.....	.56
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	78	IMOVAZ RABIES.....	79
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER.....	78	incassia.....	.72
HUMULIN 70/30.....	86	INCRELEX.....	.65
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	86	indapamide.....	.52
HUMULIN N.....	86	indomethacin.....	.3
HUMULIN N KWIKPEN.....	86	indomethacin er.....	.3
HUMULIN R.....	86	INFANRIX.....	.79
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	86	INGREZZA.....	.88
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	86	INLYTA.....	.30
hydralazine hcl.....	.52	INQOVI.....	.25
hydrochlorothiazide.....	.52	INREBIC.....	.25
hydrocodone-acetaminophen.....	1	INSULIN LISPRO.....	.87
hydrocortisone.....	.55,.59	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	.87
hydrocortisone (perianal).....	.55	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.....	.87
hydrocortisone butyrate.....	.73	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	.87
hydrocortisone valerate.....	.55,.73	INSULIN PEN NEEDLES.....	.91
hydrocortisone-acetic acid.....	.98	INSULIN PEN NEEDLES91
hydromorphone hcl.....	1	INSULIN SYRINGE 0.3 ML.....	.91
hydroxychloroquine sulfate.....	.34	INSULIN SYRINGE 0.5 ML.....	.91
HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE.....	.72	INSULIN SYRINGE 1 ML.....	.91
hydroxyurea.....	.25	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	.91
hydroxyzine hcl.....	.93	INSUPEN PEN NEEDLES.....	.91
hydroxyzine pamoate.....	.93	INTELENCE.....	.42
I		INTRALIPID.....	.57
ibandronate sodium.....	.59	INTRON A.....	.76
IBRANCE.....	.29	introvale.....	.68
ibu.....	.3	INVEGA HAFYERA.....	.37
ibuprofen.....	.3	INVEGA SUSTENNA.....	.37
icatibant acetate.....	.75	INVEGA TRINZA.....	.37,.38
iclevia.....	.68	IPOL.....	.80
ICLUSIG.....	.29	ipratropium bromide.....	.94
icosapent ethyl.....	.51	ipratropium-albuterol.....	.96
IDHIFA.....	.25	irbesartan.....	.45
		irbesartan-hydrochlorothiazide.....	.49

ISENTRESS	40
ISENTRESS HD	41
isibloom	68
isoniazid	23
isopropyl alcohol	91
isopropyl alcohol wipes	91
isosorbide dinitrate	52
isosorbide mononitrate	52
isosorbide mononitrate er	52
isotretinoin	53
isradipine	47
itraconazole	21
ivermectin	34
IWILFIN	91
IXCHIQ	80
IXIARO	80

J

jaimiess	68
JAKAFI	30
jantoven	63
JANUMET	84
JANUMET XR	84
JANUVIA	84
JARDIANCE	85
jasmiel	68
javygtor	97
JAYPIRCA	30
jencycla	72
JENTADUETO	85
JENTADUETO XR	85
jinteli	68
jolessa	68
juleber	68
JULUCA	41
junel 1.5/30	68
junel 1/20	68
junel fe 1.5/30	68
junel fe 1/20	68
JYNNEOS	80

K

kalliga	68
KALYDECO	95
kariva	68
kcl in dextrose-nacl	57
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	58
kelnor 1/35	68
kelnor 1/50	68
KEPIVANCE	44
KERENDIA	85
ketocoazole	21
ketorolac tromethamine	82
KINRIX	80
kionex	57
KISQALI (200 MG DOSE)	30
KISQALI (400 MG DOSE)	30
KISQALI (600 MG DOSE)	30
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	25
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	25
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE)	26
klor-con	57
klor-con 10	57
klor-con m10	57
klor-con m15	57
klor-con m20	57
klor-con sprinkle	57
KOSELUGO	26
kourzeq	44
KRAZATI	26
kurvelo	68

L

labetalol hcl	46
lacosamide	15
LACTATED RINGERS	58
lactated ringers	58
lactulose	61
lactulose encephalopathy	61
LAGEVRIO	91
lamivudine	40,43

lamivudine-zidovudine	43	LEVOFLOXACIN	81
lamotrigine	13	levofloxacin in d5w	11
LANREOTIDE ACETATE	74	levonest	68
lansoprazole	62	levonorg-eth estrad triphasic	68
lanthanum carbonate	56	levonorgest-eth estrad 91-day	68
LANTUS	87	levonorgestrel-ethinyl estrad	69
LANTUS SOLOSTAR	87	levora 0.15/30 (28)	69
lapatinib ditosylate	30	levothyroxine sodium	74
larin 1.5/30	68	levoxyl	74
larin 1/20	68	LEXIVA	41
larin fe 1.5/30	68	lidocaine	4
larin fe 1/20	68	lidocaine hcl	4
larissa	68	LIDOCAINE HCL	4
LASTACAFT	81	lidocaine viscous hcl	4
latanoprost	82	lidocaine-prilocaine	4
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	40	lidocan	4
leena	68	lillow	69
leflunomide	78	lincomycin hcl	7
lenalidomide	24	LINDANE	56
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	30	linezolid	7
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	30	LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE	7
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	30	LINZESS	61
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	30	liothyronine sodium	74
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	30	lisdexamfetamine dimesylate	89
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	30	lisinopril	52
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	30	lisinopril-hydrochlorothiazide	49
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	30	lithium	44
lessina	68	lithium carbonate	44
letrozole	28	lithium carbonate er	44
leucovorin calcium	26	lo-zumandimine	69
LEUKERAN	23	loestrin 1.5/30 (21)	69
leuprolide acetate	74	loestrin 1/20 (21)	69
levalbuterol hcl	94	loestrin fe 1.5/30	69
LEVALBUTEROL TARTRATE	94	loestrin fe 1/20	69
levetiracetam	13	lojaimiess	69
levetiracetam er	13	LONSURF	26
levo-t	74	loperamide hcl	60
LEVOBUNOLOL HCL	82	lopinavir-ritonavir	41
levocarnitine	58	lorazepam	5
levocetirizine dihydrochloride	93	lorazepam intensol	5
levofloxacin	11	LORBRENA	30,31

lorcet	.1	meclizine hcl	.19
lorcet hd	.1	medpura alcohol pads	.91
lorcet plus	.1	medroxyprogesterone acetate	.72
loryna	.69	mefloquine hcl	.34
losartan potassium	.45	megestrol acetate	.72
losartan potassium-hctz	.49	MEKINIST	.31
loteprednol etabonate	.82	MEKTOVI	.31
lovastatin	.50	meloxicam	.3
low-ogestrel	.69	memantine hcl	.16
loxapine succinate	.36	memantine hcl er	.16
lubiprostone	.61	MENACTRA	.80
LUMAKRAS	.26	MENEST	.69
LUMIGAN	.82	MENQUADFI	.80
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	.74	MENVEO	.80
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	.75	meprobamate	.4
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	.75	mercaptopurine	.25
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	.75	meropenem	.10
lurasidone hcl	.38	MEROOPENEM-SODIUM CHLORIDE	.10
lutea	.69	mesalamine	.59
LYBALVI	.17	mesalamine er	.59
lyeq	.72	mesna	.27
lyllana	.69	MESNEX	.27
LYNPARZA	.31	metformin hcl	.85
LYSODREN	.26	metformin hcl er	.85
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	.31	methadone hcl	.2
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	.31	methazolamide	.83
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	.31	methenamine hippurate	.7
lyza	.72	methergine	.91
M		methimazole	.75
M-M-R II	.80	methocarbamol	.81
magnesium sulfate	.57	methotrexate sodium	.78
malathion	.56	methotrexate sodium (pf)	.78
MAPROTILINE HCL	.17	methscopolamine bromide	.60
maraviroc	.43	methsuximide	.16
marlissa	.69	methyldopa	.44
MARPLAN	.17	METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE	.49
MATULANE	.24	methylergonovine maleate	.91
matzim la	.47	methylphenidate hcl	.89
MAVYRET	.40	methylphenidate hcl er	.89,90
MAXIDEX	.82	methylprednisolone	.73
		methylprednisolone acetate	.73

methylprednisolone sodium succ.....	73	MOXIFLOXACIN HCL IN NACL.....	11
metoclopramide hcl.....	19	MULTAQ.....	45
metolazone.....	52	mupirocin.....	54
metoprolol succinate er.....	46	MYALEPT.....	61
metoprolol tartrate.....	46	mycophenolate mofetil.....	78
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	49	mycophenolate mofetil hcl.....	78
metronidazole.....	7	mycophenolate sodium.....	78
metyrosine.....	49	myorisan.....	53
mexiletine hcl.....	45	MYRBETRIQ.....	62
micafungin sodium.....	21		
MICONAZOLE 3.....	21		
microgestin 1.5/30.....	69		
microgestin 1/20.....	69	na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	61
microgestin fe 1.5/30.....	69	nabumetone.....	3
microgestin fe 1/20.....	69	nadolol.....	46
midodrine hcl.....	44	nafcillin sodium.....	10
mifepristone.....	73	nafrinse.....	58
MIGERGOT.....	22	NAGLAZYME.....	97
miglitol.....	85	naloxone hcl.....	6
miglustat.....	97	naltrexone hcl.....	6
mili.....	69	NAMZARIC.....	16
minitran.....	53	naproxen.....	3
minocycline hcl.....	12	naproxen dr.....	3
minoxidil.....	52	naratriptan hcl.....	22
mirtazapine.....	17	NATACYN.....	81
misoprostol.....	62	nateglinide.....	85
modafinil.....	98	NATPARA.....	59
moexipril hcl.....	52	NAYZILAM.....	4
MOLINDONE HCL.....	36	nebivolol hcl.....	46
mometasone furoate.....	55,73	necon 0.5/35 (28).....	69
monodoxine nl.....	12	NEFAZODONE HCL.....	18
mono-linyah.....	69	neo-polycin.....	83
montelukast sodium.....	93	neo-polycin hc.....	83
morgidox.....	12	neomycin sulfate.....	6
morphine sulfate.....	1,2	neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	83
morphine sulfate (concentrate).....	1	neomycin-polymyxin-dexameth.....	83
morphine sulfate er.....	2	NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....	83
MOVANTIK.....	61	NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....	83
moxifloxacin hcl.....	11,81	neomycin-polymyxin-hc.....	98
MOXIFLOXACIN HCL.....	11	NERLYNX.....	31
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	81	NEUPRO.....	35
		nevirapine.....	42

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	61
nabumetone.....	3
nadolol.....	46
nafcillin sodium.....	10
nafrinse.....	58
NAGLAZYME.....	97
naloxone hcl.....	6
naltrexone hcl.....	6
NAMZARIC.....	16
naproxen.....	3
naproxen dr.....	3
naratriptan hcl.....	22
NATACYN.....	81
nateglinide.....	85
NATPARA.....	59
NAYZILAM.....	4
nebivolol hcl.....	46
necon 0.5/35 (28).....	69
NEFAZODONE HCL.....	18
neo-polycin.....	83
neo-polycin hc.....	83
neomycin sulfate.....	6
neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	83
neomycin-polymyxin-dexameth.....	83
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....	83
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....	83
neomycin-polymyxin-hc.....	98
NERLYNX.....	31
NEUPRO.....	35
nevirapine.....	42

NEVIRAPINE.....	42	NORVIR.....	41
NEVIRAPINE ER.....	42	NOVOFINE 32G X 6 MM MISC.....	91
nevirapine er.....	42	NOVOTWIST 32G X 5 MM MISC.....	91
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC).....	51	NUBEQA.....	24
niacin er (antihyperlipidemic).....	51	NUCALA.....	96
NIACOR.....	51	NULYTELY LEMON-LIME.....	61
nicardipine hcl.....	47	NULYTELY WITH FLAVOR PACKS.....	61
NICOTROL.....	5	NUPLAZID.....	38
NICOTROL NS.....	5	NURTEC.....	22
nifedipine er.....	47	NUTRILIPID.....	57
nifedipine er osmotic release.....	47	nyamyc.....	21
nikki.....	69	nylia 1/35.....	70
nilutamide.....	24	nylia 7/7/7.....	70
nimodipine.....	47	NYMALIZE.....	47
NINLARO.....	26	nymyo.....	70
nitazoxanide.....	34	nystatin.....	21
nitisinone.....	97	nystatin-triamcinolone.....	56
NITRO-BID.....	53	nystop.....	21
nitrofurantoin macrocrystal.....	7		
nitrofurantoin monohyd macro.....	7		
nitroglycerin.....	53	O	
NITROSTAT.....	53	ocella.....	70
nizatidine.....	60	octreotide acetate.....	75
nora-be.....	72	OCTREOTIDE ACETATE.....	75
norelgestromin-eth estradiol.....	69	ODEFSEY.....	42
norethin ace-eth estrad-fe.....	69	ODOMZO.....	31
norethin-eth estradiol-fe.....	69	OFEV.....	94
norethindrone.....	72	ofloxacin.....	11,81,98
norethindrone acet-ethinyl est.....	69	OGSIVEO.....	26
norethindrone acetate.....	72	OJJAARA.....	28
norethindrone-eth estradiol.....	69	olanzapine.....	38
norgestim-eth estrad triphasic.....	70	olmesartan medoxomil.....	45
norgestimate-eth estradiol.....	70	olmesartan medoxomil-hctz.....	49
norlyda.....	72	olmesartan-amlodipine-hctz.....	49
norlyroc.....	72	olopatadine hcl.....	81
NORMOSOL-M IN D5W.....	57	omega-3-acid ethyl esters.....	51
nortrel 0.5/35 (28).....	70	omeprazole.....	62
nortrel 1/35 (21).....	70	OMNITROPE.....	65
nortrel 1/35 (28).....	70	ondansetron.....	20
nortrel 7/7/7.....	70	ONDANSETRON HCL.....	20
nortriptyline hcl.....	19	ondansetron hcl.....	20
		ONUREG.....	26

OPSUMIT	93	PEGANONE	15
OPVEE	91	PEGASYS	76
oralone	44	PEGASYS PROCLICK	76
ORGOVYX	75	PEMAZYRE	31
ORSERDU	24	PEN NEEDLES	92
orsythia	70	PENBRAYA	80
oseltamivir phosphate	39	penicillamine	62
OSPHENA	71	penicillin g potassium	10
OTEZLA	56,76	PENICILLIN G SODIUM	10
oxandrolone	65	penicillin v potassium	10
oxaprozin	3	PENTACEL	80
oxcarbazepine	15	pentamidine isethionate	34
oxybutynin chloride	62	pentoxifylline er	49
oxybutynin chloride er	62	perindopril erbumine	52
oxycodone hcl	2	periogard	44
oxycodone-acetaminophen	2	permethrin	56
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN	2	perphenazine	19
OXYCODONE-ASPIRIN	2	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	17
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	85	PERSERIS	38
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	85	PFIZERPEN	10
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	85	phenelzine sulfate	17

P

pacerone	45	phenobarbital	14
paliperidone er	38	phenytek	15
PANRETIN	33	phenytoin	15
pantoprazole sodium	62	phenytoin infatabs	15
paricalcitol	60	phenytoin sodium extended	15
paroex	44	philith	70
paromomycin sulfate	6	PHOSPHOLINE IODIDE	83
paroxetine hcl	18	PIFELTRO	42
paroxetine hcl er	18	pilocarpine hcl	44,83
PASER	23	PIMOZIDE	36
PAXLOVID (150/100)	92	pimtrea	70
PAXLOVID (300/100)	92	pindolol	46
PAZEO	81	pioglitazone hcl	85
pazopanib hcl	31	pioglitazone hcl-glimepiride	85
PEDIARIX	80	pioglitazone hcl-metformin hcl	85
PEDVAX HIB	80	piperacillin sod-tazobactam so	10
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	61	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	31
peg-3350/electrolytes	61	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	31
		PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	31
		pirfenidone	94,95

PIRFENIDONE.....	95	primidone.....	14
permella 1/35.....	70	PRIORIX.....	.80
permella 7/7/7.....	70	probenecid.....	22
piroxicam.....	3	prochlorperazine.....	19
podofilox.....	56	prochlorperazine maleate.....	19
polycin.....	83	proto-med hc.....	55
polymyxin b sulfate.....	7	proto-pak.....	55
polymyxin b-trimethoprim.....	81	proctosol hc.....	55
POMALYST.....	24	protozone-hc.....	55
portia-28.....	70	PROSYSBI.....	97
posaconazole.....	21	progesterone.....	72
potassium chloride.....	57	PROGRAF.....	78
potassium chloride crys er.....	57	PROLASTIN-C.....	97
potassium chloride er.....	58	PROLENSA.....	82
POTASSIUM CHLORIDE IN DEXTROSE.....	58	PROLIA.....	60
potassium chloride in nacl.....	58	PROMACTA.....	64
potassium citrate er.....	58	promethazine hcl.....	19,93
pramipexole dihydrochloride.....	35	propafenone hcl.....	45
prasugrel hcl.....	64	propranolol hcl.....	46
pravastatin sodium.....	50	PROPRANOLOL HCL.....	46
praziquantel.....	34	propranolol hcl er.....	46
prazosin hcl.....	46	PROPRANOLOL-HCTZ.....	49
prednisolone.....	73	propylthiouracil.....	75
PREDNISOLONE ACETATE.....	82	PROQUAD.....	80
prednisolone sodium phosphate.....	73	protriptyline hcl.....	19
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	82	PULMICORT FLEXHALER.....	93
prednisone.....	73	PULMOZYME.....	95
PREDNISONE INTENSOL.....	73	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	92
pregabalin.....	88	PURIXAN.....	25
PREHEVBARIO.....	80	pyrazinamide.....	23
PREMARIN.....	70	pyridostigmine bromide.....	23
PREMASOL.....	58	pyridostigmine bromide er.....	23
premium lidocaine.....	4	pyrimethamine.....	34
prenatal vitamins.....	58		
prevalite.....	51		
previfem.....	70		
PREVYMIS.....	39		
PREZCOBIX.....	41		
PREZISTA.....	41		
PRIFTIN.....	23		
primaquine phosphate.....	34		
		Q	
		qc alcohol.....	92
		QINLOCK.....	.26
		QUADRACEL.....	80
		quetiapine fumarate.....	.38
		quetiapine fumarate er.....	.38
		quinapril hcl.....	52

quinapril-hydrochlorothiazide	49	ringers irrigation	58
quinidine sulfate	45	RINVOQ	79
quinine sulfate	34	risedronate sodium	60
R		risperidone	38
ra isopropyl alcohol wipes	92	risperidone microspheres er	38
RABAVERT	80	ritonavir	41
rabeprazole sodium	62	rivastigmine	16
raloxifene hcl	71	rivastigmine tartrate	16
ramelteon	97	rizatriptan benzoate	22
ramipril	52	ROCKLATAN	84
ranolazine er	49	roflumilast	95
rasagiline mesylate	35	ropinirole hcl	35
reclipsen	70	ropinirole hcl er	35
RECOMBIVAX HB	80	rosadan	7
RECTIV	53	rosuvastatin calcium	50
relafen	3	ROTARIX	80
RELENZA DISKHALER	39	ROTATEQ	80
RELISTOR	61	roweepra	13
repaglinide	85	roweepra xr	13
REPATHA	51	ROZLYTREK	26
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	51	RUBRACA	31
REPATHA SURECLICK	51	rufinamide	15
RESTASIS	84	RUKOBIA	43
RESTASIS MULTIDOSE	84	RYBELSUS	85
RETACRIT	64	RYDAPT	31
RETEVMO	26		
REVLIMID	24	S	
REXULTI	38	sajazir	75
REYATAZ	41	SANDIMMUNE	79
REZLIDHIA	31	SANDOSTATIN LAR DEPOT	75
REZUROCK	78	SANTYL	56
RHOPRESSA	83	sapropterin dihydrochloride	97
ribavirin	40,96	SCEMBLIX	31
RIDAURA	77	scopolamine	19
rifabutin	23	SECUADO	38
rifampin	23	SECURESAFE INSULIN SYRINGE	92
RIFATER	23	selegiline hcl	35
riluzole	88	selenium sulfide	55
RIMANTADINE HCL	39	SELZENTRY	43
ringers	58	SEREVENT DISKUS	94
		sertraline hcl	18

setlakin	70	sronyx	70
sevelamer carbonate	56,57	ssd	56
sharobel	72	stavudine	43
SHINGRIX	80	STELARA	56,77
SIGNIFOR	75	sterile water for irrigation	92
sildenafil citrate	93	STIVARGA	32
SILIGENTLE FOAM DRESSING	92	STRENSIQ	97
silodosin	63	STREPTOMYCIN SULFATE	6
silver sulfadiazine	56	STRIBILD	41
SIMBRINZA	83	subvenite	13
simliya	70	SUCRAID	97
simpesse	70	sucralfate	62
simvastatin	50	sulfacetamide sodium	81
sirolimus	79	sulfacetamide sodium (acne)	11
SIRTURO	23	SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	84
SKYRIZI	56,61,77	sulfadiazine	11
SKYRIZI (150 MG DOSE)	77	sulfamethoxazole-trimethoprim	11
SKYRIZI PEN	77	SULFAMYLYON	54
SMOFLIPID	58	sulfasalazine	59
sodium chloride	58	sulindac	4
sodium chloride (pf)	58	sumatriptan	22
sodium fluoride	58	sumatriptan succinate	22
sodium phenylbutyrate	97	sumatriptan succinate refill	22
sodium polystyrene sulfonate	57	sunitinib malate	32
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	40	SUNLENCA	43
solifenacin succinate	62	SUPRAX	9
SOLTAMOX	25	SURE COMFORT PEN NEEDLES	92
SOMATULINE DEPOT	75	syeda	70
SOMAVERT	75	SYMDEKO	95
sorafenib tosylate	32	SYMPAZAN	14
sorine	45	SYMTUZA	41
sotalol hcl	45	SYNAREL	75
sotalol hcl (af)	45	SYNERCID	7
SPIRIVA HANDIHALER	94	SYNJARDY	85
SPIRIVA RESPIMAT	94	SYNJARDY XR	85
spironolactone	51	SYNRIBO	26
spironolactone-hctz	49	SYNTROID	74
sprintec 28	70		
SPRITAM	13		
SPRYCEL	32		
SPS	57		
		T	
		TABLOID	25
		TABRECTA	26

tacrolimus.....	55,79	thiothixene.....	36
tadalafil (pah).....	93	tiadylt er.....	47,48
TAFINLAR.....	32	tiagabine hcl.....	14
TAGRISSO.....	32	TIBSOVO.....	32
TALTZ.....	77	TICOVAC.....	80
TALZENNA.....	32	tigecycline.....	7
tamoxifen citrate.....	25	timolol maleate.....	22,82
tamsulosin hcl.....	63	tinidazole.....	8
tarina fe 1/20.....	70	tis-u-sol.....	58
tarina fe 1/20 eq.....	70	TIVICAY.....	41
TASIGNA.....	32	TIVICAY PD.....	41
tasimelteon.....	97	tizanidine hcl.....	20
tazarotene.....	53	tobramycin.....	82,95
TAZICEF.....	9	tobramycin sulfate.....	6
TAZORAC.....	53	tobramycin-dexamethasone.....	84
taztia xt.....	47	TOLAK.....	56
TAZVERIK.....	27	TOLBUTAMIDE.....	85
TDVAX.....	80	tolterodine tartrate.....	62
TEFLARO.....	9	tolterodine tartrate er.....	62
telmisartan.....	45	topiramate.....	13
telmisartan-amlodipine.....	49	toremifene citrate.....	25
telmisartan-hctz.....	49	torsemide.....	51
temazepam.....	98	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	87
TEMIXYS.....	43	TOUJEO SOLOSTAR.....	87
TENIVAC.....	80	TPN ELECTROLYTES.....	58
tenofovir disoproxil fumarate.....	43	TRACLEER.....	93
TEPMETKO.....	32	TRADJENTA.....	85
terazosin hcl.....	46	tramadol hcl.....	2
terbinafine hcl.....	21	tramadol hcl er.....	2
terconazole.....	21	tramadol-acetaminophen.....	2
teriflunomide.....	87	trandolapril.....	52
TERIPARATIDE (RECOMBINANT).....	60	trandolapril-verapamil hcl er.....	50
testosterone.....	65	tranexamic acid.....	64
testosterone cypionate.....	65	tranylcypromine sulfate.....	17
TESTOSTERONE ENANTHATE.....	65	travoprost (bak free).....	82
tetrabenazine.....	88	trazodone hcl.....	18
tetracycline hcl.....	12	TRECATOR.....	23
THALOMID.....	24	TRELEGY ELLIPTA.....	96
theophylline er.....	95	TRELSTAR MIXJECT.....	75
thioridazine hcl.....	36	TRESIBA.....	87
thiotepa.....	24	TRESIBA FLEXTOUCH.....	87

tretinoin.....	33,53	TYPHIM VI.....	.80
TREXALL.....	79	TYSABRI.....	.87
tri femynor.....	70	U	
tri-estarrylla.....	70	UBRELVY.....	22
tri-linyah.....	70	UKONIQ.....	.32
tri-mili.....	70	unithroid.....	.74
tri-nymyo.....	71	ursodiol.....	.61
tri-previfem.....	71		
tri-sprintec.....	71	V	
tri-vylibra.....	71	valacyclovir hcl.....	.40
triamcinolone acetonide.....	44,55	VALCHLOR.....	.24
triamterene-hctz.....	50	valganciclovir hcl.....	.39
triazolam.....	98	valproate sodium.....	.13
triderm.....	55	valproic acid.....	.13
trientine hcl.....	56	valsartan.....	.45
TRIENTINE HCL.....	56	valsartan-hydrochlorothiazide.....	.50
trifluoperazine hcl.....	36	VALTOCO 10 MG DOSE.....	.14
TRIFLURIDINE.....	40	VALTOCO 15 MG DOSE.....	.14
trihexyphenidyl hcl.....	35	VALTOCO 20 MG DOSE.....	.14
TRIKAFTA.....	.95	VALTOCO 5 MG DOSE.....	.14
trilyte.....	61	vanadom.....	.81
trimethoprim.....	8	vancomycin hcl.....	.8
trimipramine maleate.....	19	VANDAZOLE.....	.8
TRINTELLIX.....	18	VANFLYTA.....	.27
TRIUMEQ.....	43	VAQTA.....	.81
TRIUMEQ PD.....	43	varenicline tartrate.....	.5
trivora (28).....	71	varenicline tartrate (starter).....	.5
TRIZIVIR.....	43	varenicline tartrate(continue).....	.5
trospium chloride.....	62	VARIVAX.....	.81
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	92	VELVET.....	.71
TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	92	VELTASSA.....	.57
TRULICITY.....	85	VENCLEXTA.....	.32,.33
TRUMENBA.....	80	VENCLEXTA STARTING PACK.....	.33
TRUQAP.....	.28	venlafaxine hcl.....	.18
TUKYSA.....	32	venlafaxine hcl er.....	.18
tulana.....	72	VENTAVIS.....	.93
TURALIO.....	32	verapamil hcl.....	.48
turqoz.....	71	VERAPAMIL HCL ER.....	.48
TWINRIX.....	80	verapamil hcl er.....	.48
TYBOST.....	44	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	.92
TYMLOS.....	.60		

VERIFINE INSULIN SYRINGE	.92	XCOPRI	.13
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	.92	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	.13
VERQUVO	.50	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	.13
VERSACLOZ	.36	XELJANZ	.77
VERZENIO	.33	XELJANZ XR	.79
vestura	.71	XERMELO	.60
VICTOZA	.86	XGEVA	.60
vienna	.71	XIFAXAN	.8
vigabatrin	.14	XIGDUO XR	.86
vigadrone	.14	XiIDRA	.84
vigpoder	.15	XOFLUZA (40 MG DOSE)	.39
VIIBRYD STARTER PACK	.18	XOFLUZA (80 MG DOSE)	.39
vilazodone hcl	.18	XOLAIR	.77
viorele	.71	XOSPATA	.33
VIRACEPT	.41	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)	.27
VIREAD	.43	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)	.27
VITRAKVI	.33	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	.27
VIZIMPRO	.33	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	.27
volnea	.71	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	.27
VONJO	.27	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)	.27
voriconazole	.21	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	.27
VOSEVI	.40	XTANDI	.24
VRAYLAR	.38,39	xulane	.71
vyfemla	.71	XYREM	.98
vylibra	.71		
VYNDAMAX	.50		
VYNDAQEL	.97		
VYZULTA	.82		

W

warfarin sodium	.63
WELIREG	.27
wera	.71
wixela inhub	.96
wymzy fe	.71

X

XALKORI	.33
XARELTO	.64
XARELTO STARTER PACK	.64
XATMEP	.79

Y

yargesa	.97
YF-VAX	.81
yuvaferm	.71

Z

zafemy	.71
zaflirlukast	.94
zaleplon	.98
zarah	.71
ZARXIO	.64
zebutal	.88
ZEJULA	.33
ZELBORAF	.33
zenatane	.54
ZENPEP	.97

zenzedi.....	89
zidovudine.....	43
ziprasidone hcl.....	39
ziprasidone mesylate.....	39
ZIRGAN.....	39
zoledronic acid.....	60
ZOLINZA.....	27
zolmitriptan.....	22
zolpidem tartrate.....	98
zolpidem tartrate er.....	98
ZONISADE.....	15
zonisamide.....	15
zovia 1/35 (28).....	71
zovia 1/35e (28).....	71
ZTALMY.....	14
ZUBSOLV.....	6
zumandimine.....	71
ZURZUVAE.....	17
ZYDELIG.....	33
ZYKADIA.....	33
ZYLET.....	84
ZYPREXA RELPREVV.....	39



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, 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, 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 el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California.

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, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede usar esta información para hacer un reclamo:

Blue Shield of California Civil
Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007
Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)
Fax: (844) 696-6070
Dirección electrónica: BlueShieldCivilRightsCoordinator@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
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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



Multi-Language Insert
Multi-Language Interpreter Services

English We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-776-4466. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-776-4466. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-776-4466。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-776-4466。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-776-4466. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-776-4466. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-776-4466 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-776-4466. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-776-4466 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-776-4466. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي سؤال تتعلق بالصحة او جدول الأدوية لدينا. للحصول على مساعدة، يرجى الاتصال بنا على 1-800-776-4466. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري.

Hindi हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-776-4466 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-776-4466. Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-776-4466. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout késyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-776-4466. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-776-4466. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese 当社の健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-776-4466 にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hmong Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm peb li kev noj qab haus huv los sis lub phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-776-4466. Muaj cov paub lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog pab dawb.

Ukrainian Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які запитання щодо нашого плану лікування чи надання лікарських засобів. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-776-4466. Вам може допомогти хтось, хто розмовляє Українською. Це безкоштовна послуга.

Navajo D77 ats'77s baa 1h1y3 47 doodago azee' bee aa 1h1y3 b7na'7d7[kidgo 47 n1 ata' hodoolnih77 h0l=. Ata' halne'4 biniiy4go, koj8' 1-800-776-4466 b44sh bee hod77lnih. Diné k'ehj7 y1[ti'i n7k1 adoolwo[. D77 t'11 j77k'eh bee an1'lwo.

Punjabi ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-776-4466 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រើប្រាស់មាត់ដោយតកគិតថ្មីដើម្បីធ្វើឱ្យសំណរនា។
ដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព បុគ្គលូមិនចរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រើប្រាស់មាត់ម្នាក់
សូមទូរសព្ទទម្រង់យើងខ្លះ តាមលេខ 1-800-776-4466។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនឹងបាយកាសាថ្មីរាជធ្លាឯអ្នកបាន។
សេវានេះមែនគិតថ្មីនៅក្នុងការប្រើប្រាស់បច្ចេកទេស។

Mien Yie mbuo mbenc duqv maaih tengx wang-henh nzie faan waac mienh liouh dau waac bun muangx dongh nzunc baav meih maaih waac naaic taux yie mbuo gorngv taux yie nyei heng-wangc jauv-louc a'fai ndie-daan. Liouh lorx zipv longc faan waac nor, douc waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-776-4466. Maaih mienh gorngv benx Mienh waac haih tengx nzie duqv meih. Naaiv se benx wang-henh nzie weih jauv-louc oc.

Lao ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໄດ້ຢູ່ເນັດທີ່ເປົ້ອງຕາອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດລະມືກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຍາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພົງເຈຕົວໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເປີ 1-800-776-4466. ມີຜູ້ຮັບພາສາວາວ ສາມາດອ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໄດ້ຢູ່ເນັດທີ່.

Armenian Մեզ Մոտ հասանելի են աևվշար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կամ դեղերի պլանի հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար։ Թարգմանիչ ունենալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-776-4466** հեռախոսահամարով։ Ձեզ կօգնի հայերեն իմացող թարգմանիչը։ Ծառայությունն աևվշար է։

Farsi ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سوالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارد پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کافیست با ما به شماره ۰۷۷۶-۴۴۶۶-۱۸۰۰ تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Thai ภาษาไทย เรา มีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-776-4466 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี

Este formulario se actualizó el **04/18/2024**. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California al **(888) 239-6469** o al **711** para los usuarios del sistema TTY, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, o visite el sitio web **blueshieldca.com/medformulary2024**.

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye un número limitado de farmacias preferidas de bajo costo en algunos 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 y saber si hay farmacias preferidas de bajo costo en su área, llame al **(888) 239-6469 [TTY: 711]**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, o consulte el directorio de farmacias por Internet en **blueshieldca.com/medpharmacy2024**.

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。