

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 **22**

Este formulario se actualizó el **10/22/2024**. 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 (10/24)

MULTIPLAN_23_376A1_C_SP 08152023

10/22/2024

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 **10/22/2024**. 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 médicamente necesario, se obtenga en una farmacia de la red del plan y se respeten otras reglas del plan. Si necesita más información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, lea su Evidencia de Cobertura.

¿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.

- o 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 enviemos 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.
 - o 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 enviemos 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 **10/22/2024** . 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 101 . 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 enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción con respecto a estos límites o restricciones, o bien puede pedirle una lista de otros medicamentos similares que se puedan usar para tratar su problema de salud. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, lea la sección 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, muéstrésela 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 empiece el 1 de noviembre o el 1 de diciembre.

Durante la etapa de transición, los miembros pueden hablar con los profesionales que les hacen las recetas para decidir si deberían cambiar su medicamento por otro que cubramos o pedir una excepción del formulario para obtener la cobertura de ese medicamento, en caso de que no esté en nuestro formulario o tenga restricciones, como requisitos de tratamiento escalonado o de autorización previa. Los miembros pueden comunicarse con

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 médicamente necesarias, los miembros no deberán pagar ningún costo compartido adicional por repetir varias veces una receta que indica cantidades menores de medicamentos de la Parte D basadas en límites de cantidad por motivos de seguridad.

Por lo general, después de cubrir el suministro temporal de 30 días, no pagaremos nuevamente estos medicamentos como parte de nuestra política de transición. Después de cubrir el suministro temporal, le enviaremos un aviso por escrito 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 101 .

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 (120-12 MG/5ML SOLUTION, 300-30 MG/12.5ML SOLUTION) | NIVEL 2 | QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i> | NIVEL 2 | QL (12 PER 1 DAYS), NDS |
| <i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (6 PER 1 DAYS), NDS |
| <i>butalbital-apap-caff-cod 50-325-40-30 mg cap</i> | NIVEL 4 | PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i> | NIVEL 3 | QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS |
| CODEINE SULFATE 15 MG TAB | NIVEL 4 | QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>codeine sulfate 30 mg tab</i> | NIVEL 4 | QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS |
| CODEINE SULFATE 60 MG TAB | NIVEL 4 | QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i> | NIVEL 3 | QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>endocet 10-325 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>endocet 7.5-325 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>fentanyl citrate (400 mcg loz handle, 600 mcg loz handle, 800 mcg loz handle, 1200 mcg loz handle, 1600 mcg loz handle)</i> | NIVEL 5 | PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>fentanyl citrate 200 mcg loz handle</i> | NIVEL 4 | PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)</i> | NIVEL 4 | QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>hydrocodone-acetaminophen (7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)</i> | NIVEL 3 | QL (6 PER 1 DAYS), NDS |
| <i>hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (8 PER 1 DAYS), NDS |
| <i>hydromorphone hcl 1 mg/ml liquid</i> | NIVEL 4 | QL (675 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)</i> | NIVEL 3 | QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>morphine sulfate (concentrate) ((concentrate) 20 mg/ml solution, (concentrate) 100 mg/5ml solution)</i> | NIVEL 3 | QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>morphine sulfate 10 mg/5ml solution</i> | NIVEL 3 | QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS |

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>morphine sulfate 20 mg/5ml solution</i> | NIVEL 3 | QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i> | NIVEL 3 | QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone hcl 10 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone hcl 100 mg/5ml conc</i> | NIVEL 4 | QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone hcl 20 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone hcl 5 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i> | NIVEL 3 | QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i> | NIVEL 3 | QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS |
| OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG/5ML SOLUTION | NIVEL 3 | QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i> | 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 |
| <i>tramadol hcl 50 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (8 PER 1 DAYS), NDS |
| <i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS |

ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA

| | | |
|---|---------|------------------------------------|
| <i>buprenorphine (5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk, 10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk)</i> | NIVEL 4 | PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS |
| <i>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)</i> | NIVEL 3 | PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>methadone hcl 10 mg tab</i> | NIVEL 4 | PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>methadone hcl 10 mg/5ml solution</i> | NIVEL 4 | PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>methadone hcl 10 mg/ml solution</i> | NIVEL 4 | PA, NDS |
| <i>methadone hcl 5 mg tab</i> | NIVEL 4 | PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>methadone hcl 5 mg/5ml solution</i> | NIVEL 4 | PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>morphine sulfate er (er 60 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i> | NIVEL 3 | QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i> | NIVEL 3 | QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i> | NIVEL 3 | QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>tramadol hcl er (er 100 mg tab er 24h, er 200 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h)</i> | 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 |
|---|--------------|-----------------------------------|
| <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 | |
| FLURBIPROFEN (50 MG TAB, 100 MG TAB) | 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 |
|--|--------------|---------------------------|
| <i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i> | 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 |
|--|--------------|---------------------------|
| <i>clonazepam 2 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (10 PER 1 DAYS) |
| <i>clonazepam 2 mg tab disp</i> | NIVEL 3 | QL (10 PER 1 DAYS) |
| <i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (24 PER 1 DAYS) |
| <i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (12 PER 1 DAYS) |
| <i>diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i> | NIVEL 2 | QL (12 PER 1 DAYS) |
| <i>diazepam 10 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>diazepam 2 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (30 PER 1 DAYS) |
| <i>diazepam 5 mg/5ml solution</i> | NIVEL 2 | QL (60 PER 1 DAYS) |
| <i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i> | NIVEL 2 | QL (12 PER 1 DAYS) |
| <i>lorazepam (2 mg tab, 2 mg/ml conc)</i> | NIVEL 2 | QL (5 PER 1 DAYS) |
| <i>lorazepam 0.5 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (20 PER 1 DAYS) |
| <i>lorazepam 1 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (10 PER 1 DAYS) |
| <i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i> | NIVEL 2 | QL (5 PER 1 DAYS) |

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

ANTITABACO, MEDICAMENTOS

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

DEPENDENCIA A OPIOIDES

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

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

REVERTIDORES OPIOIDEOS

| | | |
|--|---------|-------------------------|
| <i>naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml soln prsy, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsy, 4 mg/10ml solution)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>naloxone hcl 4 mg/0.1ml liquid</i> | NIVEL 2 | QL (2 PER 30 OVER TIME) |
| <i>naltrexone hcl 50 mg tab</i> | NIVEL 2 | |

ANTIBACTERIANOS

AMINOGLUCÓSIDOS

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

ANTIBACTERIANOS, OTROS

| | |
|---|---------|
| <i>acetic acid 2 % solution</i> | NIVEL 2 |
| <i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i> | NIVEL 4 |
| CHLORAMPHENICOL SOD SUCCINATE 1 GM RECON SOLN | NIVEL 4 |
| <i>clindacin etz 1 % swab</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>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 NAACL (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, 1.75 gm recon soln, 2 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>cefazolin 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>cefдинir 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 |
|--|--------------|---------------------------|
| <i>ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>cephalexin (250 mg cap, 500 mg cap)</i> | 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

| | | |
|---|---------|--|
| <i>amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg chew tab, 200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg chew tab, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER 1000-62.5 MG TAB ER 12H | NIVEL 4 | |
| <i>ampicillin 500 mg cap</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ampicillin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln)</i> | 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>nafticillin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>nafticillin 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>erythrocin lactobionate 500 mg recon soln</i> | NIVEL 4 | |
| <i>erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5ml recon susp, 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 NAACL 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, 800-160 mg/20ml suspension)</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 | | |
| <i>avidoxy 100 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>doxy 100 100 mg recon soln</i> | NIVEL 4 | |
| <i>doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i> | NIVEL 4 | |
| <i>doxycycline monohydrate (50 mg cap, 100 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>doxycycline monohydrate (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>minocycline hcl (50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>mondoxylene nl 100 mg cap</i> | NIVEL 2 | |
| <i>morgidox 100 mg cap</i> | NIVEL 2 | |
| <i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i> | NIVEL 4 | |

ANTICONVULSIVOS

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 |
| <i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>divalproex sodium er (er 250 mg tab er 24h, er 500 mg tab er 24h)</i> | 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 |
| <i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i> | NIVEL 4 | |
| FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION | NIVEL 5 | LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| FYCOMPA (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, 500 mg/5ml solution, 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, 500 mg/10ml solution)</i> | NIVEL 2 | |
| XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB) | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| XCOPRI (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB) | NIVEL 5 | QL (1 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 (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 |

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 |
|---|--------------|--|
| 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 |
| ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION | NIVEL 5 | LA, QL (36 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

AUMENTANTES DEL ÁCIDO GAMMAAMINO BUTÍRICO (GABA)

| | | |
|--|---------|---|
| <i>clobazam 10 mg tab</i> | NIVEL 4 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i> | NIVEL 4 | QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>clobazam 20 mg tab</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>diazepam 10 mg gel</i> | NIVEL 4 | QL (20 PER 30 OVER TIME) |
| DIAZEPAM 2.5 MG GEL | NIVEL 4 | QL (5 PER 30 OVER TIME) |
| <i>diazepam 20 mg gel</i> | NIVEL 4 | QL (40 PER 30 OVER TIME) |
| <i>gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)</i> | NIVEL 3 | QL (72 PER 1 DAYS) |
| <i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i> | NIVEL 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>gabapentin 100 mg cap</i> | NIVEL 2 | QL (12 PER 1 DAYS) |
| <i>gabapentin 300 mg cap</i> | NIVEL 2 | QL (8 PER 1 DAYS) |
| <i>gabapentin 400 mg cap</i> | NIVEL 2 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| LIBERVANT (5 MG FILM, 7.5 MG FILM, 10 MG FILM, 12.5 MG FILM, 15 MG FILM) | NIVEL 5 | QL (10 PER 30 DAYS) |
| <i>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)</i> | NIVEL 2 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>primidone (50 mg tab, 125 mg tab, 250 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM) | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>tiagabine hcl (2 mg tab, 4 mg tab, 12 mg tab, 16 mg tab)</i> | 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) |
| <i>vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i> | NIVEL 5 | LA, 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 |
|--------------------------------|--------------|--|
| <i>vigadrone 500 mg packet</i> | NIVEL 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>vigadrone 500 mg tab</i> | NIVEL 5 | QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION | NIVEL 5 | LA, QL (750 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>vigpoder 500 mg packet</i> | NIVEL 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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) |
| <i>carbamazepine (100 mg chew tab, 200 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>carbamazepine (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>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)</i> | NIVEL 3 | |
| DILANTIN 125 MG/5ML SUSPENSION | NIVEL 4 | |
| <i>epitol 200 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>lacosamide (10 mg/ml solution, 50 mg/5ml solution, 100 mg/10ml solution)</i> | NIVEL 4 | QL (40 PER 1 DAYS) |
| <i>lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i> | NIVEL 4 | |
| PEGANONE 250 MG TAB | NIVEL 4 | |
| <i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>phenytoin (50 mg chew tab, 100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>rufinamide 200 mg tab</i> | NIVEL 4 | ST, QL (16 PER 1 DAYS) |
| <i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i> | NIVEL 5 | ST, QL (80 PER 1 DAYS) |
| <i>rufinamide 400 mg tab</i> | NIVEL 4 | ST, QL (8 PER 1 DAYS) |

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

| | | |
|---|---------|--|
| <i>ethosuximide</i> (250 mg cap, 250 mg/5ml solution) | NIVEL 2 | |
| <i>methsuximide</i> 300 mg cap | NIVEL 3 | |

ANTIDEMENCIALES

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

| | | |
|---|---------|--|
| <i>memantine hcl</i> (2 mg/ml solution, 10 mg/5ml solution, 28 x 5 mg & 21 x 10 mg tab) | NIVEL 3 | |
| <i>memantine hcl</i> (5 mg tab, 10 mg tab) | NIVEL 2 | |
| <i>memantine hcl er</i> (er 7 mg cap er 24h, er 14 mg cap er 24h, er 21 mg cap er 24h, er 28 mg cap er 24h) | NIVEL 4 | |

ANTIDEMENCIALES, OTROS

| | | |
|--|---------|--------------------------|
| 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) | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| NAMZARIC 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG CP24 THPK | NIVEL 4 | QL (28 PER 28 OVER TIME) |

INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

| | | |
|---|---------|--------------------------|
| <i>donepezil hcl</i> (5 mg tab, 10 mg tab) | NIVEL 1 | |
| <i>donepezil hcl</i> 23 mg tab | NIVEL 4 | ST |
| <i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab</i> 10 mg | NIVEL 2 | |
| <i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab</i> 5 mg | NIVEL 2 | |
| <i>galantamine hydrobromide</i> (4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab, 12 mg tab) | NIVEL 4 | |
| <i>galantamine hydrobromide er</i> (er 8 mg cap er 24h, er 16 mg cap er 24h, er 24 mg cap er 24h) | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>rivastigmine</i> (4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr, 13.3 mg/24hr patch 24hr) | NIVEL 4 | QL (30 PER 30 OVER TIME) |
| <i>rivastigmine tartrate</i> (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap) | 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 |
|------------------------|-------|--------------------|
|------------------------|-------|--------------------|

ANTIDEPRESIVOS

ANTIDEPRESIVOS, OTROS

| | | |
|--|---------|---|
| AUVELITY 45-105 MG TAB ER | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>bupropion hcl 100 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>bupropion hcl 75 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h</i> | NIVEL 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h</i> | NIVEL 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h</i> | NIVEL 2 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h</i> | NIVEL 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h</i> | NIVEL 2 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h</i> | NIVEL 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| 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 | |
| <i>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)</i> | NIVEL 2 | |
| PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB) | NIVEL 4 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP) | NIVEL 5 | QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ZURZUVAE 30 MG CAP | NIVEL 5 | QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA

| | | |
|---|---------|--------------------------|
| EMSAM (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 | |
| <i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i> | NIVEL 4 | |

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

| | | |
|--|---------|--|
| <i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
|--|---------|--|

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>citalopram hydrobromide 10 mg/5ml solution</i> | NIVEL 3 | |
| <i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg tab er 24h, er 50 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <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 | |
| FETZIMA (20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H, 120 MG CAP ER 24H) | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK | NIVEL 4 | QL (28 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 20 mg/5ml solution, 40 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR | 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) |
| NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB) | 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 | |
| TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB) | 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) |
| VIIIBRYD STARTER PACK 10 & 20 MG KIT | NIVEL 4 | ST, QL (30 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 |
|---|--------------|---------------------------|
| <i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i> | NIVEL 4 | ST, QL (1 PER 1 DAYS) |

TRICÍCLICOS

| | | |
|--|---------|--------------------------|
| <i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 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 |

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>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i> | NIVEL 4 | |

COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGENICA

| | | |
|--|---------|--|
| <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 |
| ONDANSETRON HCL 24 MG TAB | 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

| | | |
|---|---------|--------------------------------|
| ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i> | NIVEL 5 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>caspofungin acetate 50 mg recon soln</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 |
|--|--------------|--------------------------------|
| <i>caspofungin acetate 70 mg recon soln</i> | NIVEL 4 | PA |
| <i>ciclopirox olamine 0.77 % cream</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ciclopirox olamine 0.77 % suspension</i> | NIVEL 3 | |
| <i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>econazole nitrate 1 % cream</i> | NIVEL 4 | |
| <i>fluconazole (10 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>fluconazole 40 mg/ml recon susp</i> | NIVEL 3 | |
| <i>fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i> | NIVEL 5 | |
| <i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>itraconazole 100 mg cap</i> | NIVEL 4 | |
| <i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>klayesta 100000 unit/gm powder</i> | NIVEL 2 | |
| <i>micafungin sodium (50 mg recon soln, 100 mg recon soln)</i> | NIVEL 5 | |
| MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS | NIVEL 3 | |
| <i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i> | NIVEL 2 | |
| <i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/gm powder, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>nystop 100000 unit/gm powder</i> | NIVEL 2 | |
| <i>posaconazole 100 mg tab dr</i> | NIVEL 5 | PA, QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>posaconazole 40 mg/ml suspension</i> | NIVEL 5 | PA |
| <i>terbinafine hcl 250 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>terconazole 80 mg suppos</i> | NIVEL 4 | |
| <i>voriconazole (40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 200 mg tab)</i> | NIVEL 4 | PA |
| <i>voriconazole 200 mg recon soln</i> | 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 |
|------------------------|-------|--------------------|
|------------------------|-------|--------------------|

ANTIGOTOSOS

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

ANTIJAQUECOSOS

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

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

ALCALOIDES DE ERGOTAMINA

| | | |
|--|---------|-----------------------------|
| <i>dihydroergotamine mesylate 1 mg/ml solution</i> | NIVEL 4 | PA |
| <i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i> | 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) |
| <i>timolol maleate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 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 |
|------------------------|-------|--------------------|
|------------------------|-------|--------------------|

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 | |
| SIRTIURO (20 MG TAB, 100 MG TAB) | NIVEL 5 | PA |
| TRECTOR 250 MG TAB | 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 |

ANTIANGIÓGENICOS

| | | |
|--|---------|---|
| <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 |
| POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP) | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| REVLIMID (2.5 MG CAP, 5 MG CAP, 10 MG CAP, 15 MG CAP, 20 MG CAP, 25 MG CAP) | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP) | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| THALOMID (50 MG CAP, 100 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 |
|--|--------------|--|
| ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES | | |
| EMCYT 140 MG CAP | NIVEL 4 | |
| <i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsy</i> | NIVEL 5 | |
| SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION | NIVEL 5 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>toremifene citrate 60 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| ANTIMETABOLITOS | | |
| DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP) | NIVEL 3 | |
| <i>hydroxyurea 500 mg cap</i> | NIVEL 2 | |
| INQOVI 35-100 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (5 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>mercaptopurine 50 mg tab</i> | 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 (200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK | NIVEL 5 | QL (49 PER 28 OVER TIME), 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 |

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 (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK | NIVEL 5 | QL (91 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 100 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| OGSIVEO 150 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| OGSIVEO 50 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| 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 (80 MG TAB, 120 MG TAB, 160 MG TAB) | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| RETEVMO 40 MG CAP | NIVEL 5 | QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| RETEVMO 40 MG TAB | NIVEL 5 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| RETEVMO 80 MG CAP | NIVEL 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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

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 DE TRATAMIENTO | | |
| <i>mesna 100 mg/ml solution</i> | 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 |
| INHIBIDORES DE ENZIMAS | | |
| OJEMDA 100 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP | NIVEL 5 | LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| 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, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK) | 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 | | |
| ALECENSA 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 CAP | NIVEL 5 | QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| BOSULIF 100 MG TAB | NIVEL 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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 |
|--|--------------|--|
| BOSULIF 50 MG CAP | NIVEL 5 | QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| BRAFTOVI 75 MG CAP | NIVEL 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| CAPRELSA 100 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| CAPRELSA 300 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT | NIVEL 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT | NIVEL 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP) | NIVEL 5 | LA, QL (56 PER 28 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 |
| <i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i> | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i> | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>dasatinib 20 mg tab</i> | NIVEL 5 | QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>dasatinib 50 mg tab</i> | NIVEL 5 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| DAURISMO 100 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| DAURISMO 25 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ERIVEDGE 150 MG CAP | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i> | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>erlotinib hcl 25 mg tab</i> | NIVEL 5 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)</i> | NIVEL 5 | 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 |
|--|--------------|--|
| <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 |
| 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 |

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 (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 |
| 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 |

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 |
|--|--------------|--|
| ODOMZO 200 MG CAP | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>pazopanib hcl 200 mg tab</i> | NIVEL 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (30 PER 30 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 100 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| SCEMBLIX 20 MG TAB | NIVEL 5 | QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| SCEMBLIX 40 MG TAB | NIVEL 5 | QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i> | NIVEL 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| 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 |
| <i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i> | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i> | NIVEL 5 | QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>sunitinib malate 25 mg cap</i> | NIVEL 5 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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 |
|---|--------------|---|
| 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 |
| TAGRISSE (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 |
| 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 |

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 |
|---|--------------|---|
| 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>tretinoin 10 mg cap</i> | NIVEL 5 | |

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 | |
| BENZNIDAZOLE 100 MG TAB | NIVEL 4 | QL (240 PER 365 OVER TIME) |
| BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB | NIVEL 4 | QL (720 PER 365 OVER TIME) |
| <i>chloroquine phosphate 250 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (50 PER 30 OVER TIME) |
| <i>chloroquine phosphate 500 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (25 PER 30 OVER TIME) |
| COARTEM 20-120 MG TAB | NIVEL 4 | QL (24 PER 2 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>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 | |
| 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) |
| <i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ropinirole hcl er (er 2 mg tab er 24h, er 4 mg tab er 24h, er 6 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h</i> | NIVEL 4 | QL (3 PER 1 DAYS) |

ANTICOLINÉRGICOS

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

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

ANTIPARKINSONIANOS, OTROS

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

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)

| | | |
|---|---------|-------------------|
| <i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>selegiline hcl 5 mg cap</i> | NIVEL 2 | |
| <i>selegiline hcl 5 mg tab</i> | NIVEL 4 | |

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

| | | |
|--|---------|--|
| <i>carbidopa 25 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| <i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 mg tab er, er 50-200 mg tab er)</i> | NIVEL 2 | |

ANTIPSIKÓTICOS

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 | |

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>loxapine succinate (5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| MOLINDONE HCL 10 MG TAB | NIVEL 4 | QL (8 PER 1 DAYS) |
| MOLINDONE HCL 25 MG TAB | NIVEL 4 | QL (9 PER 1 DAYS) |
| MOLINDONE HCL 5 MG TAB | NIVEL 4 | QL (12 PER 1 DAYS) |
| PIMOZIDE (1 MG TAB, 2 MG TAB) | NIVEL 3 | |
| <i>thioridazine hcl (10 mg tab, 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 | |
| VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION | NIVEL 5 | QL (18 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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 |
| <i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>aripiprazole (5 mg tab, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i> | NIVEL 4 | QL (25 PER 1 DAYS) |
| <i>aripiprazole 2 mg tab</i> | 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 |
| <i>asenapine maleate (2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab, 10 mg sl tab)</i> | 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 |
|---|--------------|--|
| 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 |
| 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 |

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

ANTIVÍRICOS

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) |
| <i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i> | NIVEL 3 | 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 |
|---|--------------|---------------------------|
| <i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i> | NIVEL 5 | QL (18 PER 1 DAYS) |
| ZIRGAN 0.15 % GEL | NIVEL 4 | QL (5 PER 30 OVER TIME) |

ANTIGRIPALES

| | | |
|--|---------|-----------------------------|
| <i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i> | NIVEL 3 | QL (120 PER 180 OVER TIME) |
| <i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i> | NIVEL 3 | QL (42 PER 180 OVER TIME) |
| <i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i> | NIVEL 4 | QL (1080 PER 365 OVER TIME) |
| <i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i> | NIVEL 3 | QL (60 PER 180 OVER TIME) |
| RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA | NIVEL 3 | QL (60 PER 180 OVER TIME) |
| RIMANTADINE HCL 100 MG TAB | NIVEL 4 | |
| XOFLUZA (40 MG DOSE) (OFLUZA MG DOSE) 1 40 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) |

ANTIHEPATÍICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)

| | | |
|---|---------|--------------------|
| <i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION | NIVEL 5 | QL (21 PER 1 DAYS) |
| <i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION | NIVEL 3 | |
| <i>lamivudine 100 mg tab</i> | NIVEL 3 | |

ANTIHEPÁTICOS CONTRA LA HEPATITIS C

| | | |
|---|---------|-----------------------|
| 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) |

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

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)

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

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA

| | | |
|--|---------|--------------------|
| 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) |

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>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 CAP, 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) |

ANTIRRETROVÍRICOS, 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) |

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 |
|--|--------------|---------------------------|
| 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) |

ANTIRRETROVÍRICOS, 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) |
| <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) |

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>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) |
| <i>maraviroc 150 mg tab</i> | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>maraviroc 300 mg tab</i> | NIVEL 5 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION | NIVEL 5 | QL (60 PER 1 DAYS) |
| SELZENTRY 25 MG TAB | NIVEL 3 | QL (8 PER 1 DAYS) |
| SELZENTRY 75 MG TAB | NIVEL 5 | QL (8 PER 1 DAYS) |
| SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK | NIVEL 5 | QL (4 PER 180 OVER TIME) |
| SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION | NIVEL 5 | QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK | NIVEL 5 | QL (5 PER 180 OVER TIME) |
| TYBOST 150 MG TAB | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |

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 | |
| KEPIVANCE 6.25 MG RECON SOLN | NIVEL 5 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>kourzeq 0.1 % paste</i> | NIVEL 3 | |
| <i>oralone 0.1 % paste</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>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 | |

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 | |
| EPROSARTAN MESYLATE 600 MG TAB | 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 | |

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>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| MULTAQ 400 MG TAB | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>pacerone 200 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>sorine (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 | |

BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA

| | | |
|--|---------|--|
| <i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>terazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i> | NIVEL 1 | |

BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

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

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS

| | | |
|--|---------|----------------------------|
| <i>amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>felodipine er (er 2.5 mg tab er 24h, er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 2 | |
| <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 | |

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>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 | |
| <i>tiadylt er (er 300 mg cap er 24h, er 360 mg cap er 24h, er 420 mg cap er 24h)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)</i> | 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 | |
| <i>verapamil hcl er (er 120 mg cap er 24h, er 180 mg cap er 24h, er 240 mg cap er 24h)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>verapamil hcl er (er 120 mg tab er, er 180 mg tab er, er 240 mg tab er)</i> | NIVEL 2 | |

CARDIOVASCULARES, OTROS

| | | |
|--|---------|----|
| <i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i> | NIVEL 4 | PA |
| <i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>amlodipine besy-benazepril hcl (2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap, 10-20 mg cap, 10-40 mg cap)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>amlodipine besylate-valsartan (5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab)</i> | 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 |
|--|--------------|---------------------------|
| <i>amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab, 10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>amlodipine-valsartan-hctz (5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab, 10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB) | NIVEL 1 | |
| CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION | NIVEL 4 | PA, QL (20 PER 1 DAYS) |
| <i>digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i> | NIVEL 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i> | NIVEL 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i> | NIVEL 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| ENTRESTO (24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB) | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| ENTRESTO (6-6 MG CAP SPRINK, 15-16 MG CAP SPRINK) | NIVEL 3 | QL (8 PER 1 DAYS) |
| <i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i> | NIVEL 4 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>losartan potassium-hctz (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE (250-15 MG TAB, 250-25 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 |
|--|--------------|---------------------------|
| <i>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>metyrosine 250 mg cap</i> | NIVEL 5 | |
| <i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i> | NIVEL 2 | |
| PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB) | NIVEL 2 | |
| <i>quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ranolazine er (er 500 mg tab er 12h, er 1000 mg tab er 12h)</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| 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 | |
| <i>triamterene-hctz (37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>triamterene-hctz 37.5-25 mg cap</i> | NIVEL 2 | |
| <i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB) | NIVEL 4 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| VYNDAMAX 61 MG CAP | NIVEL 5 | PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS) |

DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO

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

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

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

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

DISLIPIDÉMICOS, OTROS

| | | |
|---|---------|-------------------------------|
| <i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>colestipol hcl 1 gm tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>ezetimibe 10 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>icosapent ethyl 0.5 gm cap</i> | NIVEL 4 | QL (8 PER 1 DAYS) |
| <i>icosapent ethyl 1 gm cap</i> | NIVEL 4 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB | NIVEL 4 | |
| <i>niacin er (antihyperlipidemic) (er (antihyperlipidemic) 750 mg tab er, er (antihyperlipidemic) 1000 mg tab er)</i> | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er</i> | NIVEL 3 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| NIACOR 500 MG TAB | NIVEL 4 | |
| <i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i> | NIVEL 3 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i> | NIVEL 3 | |
| REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR | NIVEL 3 | PA, 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) |

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 |
|--|--------------|-----------------------------|
| REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ | NIVEL 3 | PA, QL (2 PER 28 OVER TIME) |

DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO

| | |
|--|---------|
| <i>amiloride hcl 5 mg tab</i> | NIVEL 2 |
| <i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i> | NIVEL 3 |
| <i>spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i> | NIVEL 2 |

DIURÉTICOS, ASA

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

DIURÉTICOS, TIAZIDAS

| | |
|---|---------|
| <i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i> | NIVEL 2 |
| DIURIL 250 MG/5ML SUSPENSION | 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 |

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>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 | |

VASODILADORES 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 | |
| <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 | |

DERMATOLÓGICOS

ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

| | | |
|---|---------|--|
| <i>acutane (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 | |

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>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 (0.05 % cream, 0.1 % cream)</i> | NIVEL 4 | |
| TAZORAC 0.05 % CREAM | NIVEL 4 | |
| <i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)</i> | NIVEL 3 | PA |
| <i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i> | NIVEL 4 | |

ANTIINFECIOSOS 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 | |
| ERY 2 % PAD | NIVEL 3 | |
| <i>erythromycin 2 % gel</i> | NIVEL 4 | |
| <i>erythromycin 2 % solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>mupirocin 2 % ointment</i> | NIVEL 2 | |
| SULFAMYLON 85 MG/GM CREAM | 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 | |

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>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i> | NIVEL 2 | |
| ANUSOL-HC 2.5 % CREAM | 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 | |
| CAPEX 0.01 % SHAMPOO | 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 | |
| <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 | |

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>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 | |
| CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT | 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 | |
| <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 (20 MG TAB, 30 MG TAB) | NIVEL 5 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>podofilox 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 | |

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

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 | |
| <i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i> | NIVEL 3 | |

QUELANTES DE POTASIO

| | | |
|---|---------|--|
| <i>kionex 15 gm/60ml suspension</i> | NIVEL 3 | |
| <i>sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)</i> | NIVEL 3 | |
| SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION, SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION) | NIVEL 3 | |
| VELTASSA (1 GM PACKET, 8.4 GM PACKET, 16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET) | NIVEL 3 | |

SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES

| | | |
|--------------------------------------|---------|---------------------------------|
| <i>carglumic acid 200 mg tab sol</i> | 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 |

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 |
|---|--------------|--------------------------------|
| INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION) | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>klor-con 10 10 meq tab er</i> | NIVEL 2 | |
| <i>klor-con 8 meq tab er</i> | NIVEL 2 | |
| <i>klor-con m10 10 meq tab er</i> | NIVEL 2 | |
| <i>klor-con m15 15 meq tab er</i> | NIVEL 2 | |
| <i>klor-con m20 20 meq tab er</i> | NIVEL 2 | |
| <i>klor-con sprinkle (8 cap er, 10 cap er)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>magnesium sulfate 50 % solution</i> | NIVEL 4 | |
| NORMOSOL-M IN D5W SOLUTION | NIVEL 4 | |
| NUTRILIPID 20 % EMULSION | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>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)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>potassium chloride crys er (crys er 10 tab er, crys er 15 tab er, crys er 20 tab er)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>potassium chloride er (er 8 cap er, er 8 tab er, er 10 cap er, er 10 tab er, er 15 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 |

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>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 | |
| <i>lactated ringers solution</i> | NIVEL 4 | |
| <i>levocarnitine 330 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i> | 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 |

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

AMINOSALICILATOS

| | | |
|--|---------|-------------------|
| <i>balsalazide disodium 750 mg cap</i> | NIVEL 2 | |
| <i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i> | NIVEL 4 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>mesalamine 1000 mg suppos</i> | NIVEL 4 | |
| <i>mesalamine 4 gm enema</i> | NIVEL 2 | |
| <i>mesalamine er 0.375 gm cap er 24h</i> | NIVEL 3 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i> | NIVEL 2 | |

GLUCOCORTICOIDES

| | | |
|--|---------|-----------------------|
| <i>budesonide 3 mg cp dr part</i> | NIVEL 4 | PA, QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>budesonide er 9 mg tab er 24h</i> | NIVEL 5 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| CORTIFOAM 10 % FOAM | NIVEL 4 | |
| <i>hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 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 |
|-------------------------------|--------------|---------------------------|
|-------------------------------|--------------|---------------------------|

hydrocortisone 100 mg/60ml enema

NIVEL 3

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

| | | |
|---|---------|---|
| <i>alendronate sodium (5 mg tab, 10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>alendronate sodium 70 mg/75ml solution</i> | NIVEL 4 | |
| <i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i> | NIVEL 2 | QL (3.7 PER 30 OVER TIME) |
| <i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i> | NIVEL 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab)</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>cinacalcet hcl 90 mg tab</i> | NIVEL 5 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg cap, 2.5 mcg cap, 4 mcg/2ml solution)</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| FORTEO 600 MCG/2.4ML SOLN PEN | NIVEL 5 | PA |
| <i>ibandronate sodium 150 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i> | 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) |
| <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 |

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>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP) | NIVEL 2 | |
| ANTIDIARREICOS | | |
| <i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i> | NIVEL 4 | PA |
| <i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID | NIVEL 4 | |
| <i>loperamide hcl 2 mg cap</i> | NIVEL 2 | |
| XERMELO 250 MG TAB | NIVEL 5 | PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS) |
| ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES | | |
| <i>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 | |
| 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 | |
| LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP) | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)</i> | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB) | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i> | NIVEL 3 | |
| NULYTELY LEMON-LIME 420 GM RECON SOLN | NIVEL 3 | |
| NULYTELY WITH FLAVOR PACKS 420 GM RECON SOLN | NIVEL 3 | |
| <i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</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 |
|--|--------------|---------------------------|
| RELISTOR (8 MG/0.4ML SOLUTION, 12 MG/0.6ML SOLUTION) | NIVEL 5 | PA |
| <i>trilyte 420 gm recon soln</i> | NIVEL 2 | |

GASTROINTESTINALES, OTROS

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

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

| | | |
|--|---------|-------------------|
| <i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i> | NIVEL 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 | |
|---------------------------------|---------|--|

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 |
|--|--------------|---------------------------|
| GEMTESA 75 MG TAB | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H) | 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>solifenacin 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>tropium 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 |

HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

| | | |
|--|---------|-------------------|
| <i>alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h</i> | NIVEL 2 | |
| <i>dutasteride 0.5 mg cap</i> | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>finasteride 5 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i> | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i> | NIVEL 2 | |

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

ANTICOAGULANTES

| | | |
|--|---------|---------------------------|
| <i>dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 110 mg cap, 150 mg cap)</i> | 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) |
| <i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsy, 150 mg/ml soln prsy, 300 mg/3ml solution)</i> | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 OVER TIME) |
| <i>enoxaparin sodium (80 mg/0.8ml soln prsy, 120 mg/0.8ml soln prsy)</i> | NIVEL 4 | QL (48 PER 30 OVER TIME) |
| <i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsy</i> | NIVEL 4 | QL (18 PER 30 OVER TIME) |
| <i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsy</i> | NIVEL 4 | QL (24 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 |
|--|--------------|--------------------------------|
| <i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr</i> | NIVEL 4 | QL (36 PER 30 OVER TIME) |
| <i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i> | NIVEL 5 | QL (24 PER 30 OVER TIME) |
| <i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i> | NIVEL 4 | QL (15 PER 30 OVER TIME) |
| <i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i> | NIVEL 5 | QL (12 PER 30 OVER TIME) |
| <i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i> | NIVEL 5 | QL (18 PER 30 OVER TIME) |
| <i>heparin sodium (porcine) ((porcine) 1000 unit/ml solution, (porcine) 5000 unit/ml solution, (porcine) 10000 unit/ml solution, (porcine) 20000 unit/ml solution)</i> | NIVEL 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i> | NIVEL 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>jantoven (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>warfarin sodium (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB) | NIVEL 3 | QL (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) |
|-----------------------------------|---------|-------------------|

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 |
|---|--------------|---------------------------|
| 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 | |
| <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 | |

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>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 |
| <i>oxandrolone (2.5 mg tab, 10 mg tab)</i> | 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 |
| <i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 |
| <i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 |
| <i>amethia 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i> | NIVEL 4 |
| <i>amethia lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i> | NIVEL 3 |
| <i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 |
| <i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 |
| <i>ashlyna 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i> | NIVEL 4 |
| <i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 |
| <i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 |
| <i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 |
| <i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 |
| <i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 |
| <i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 |
| <i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 |
| <i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 |
| <i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i> | NIVEL 3 |
| <i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 |
| <i>bekyree 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i> | NIVEL 3 |
| <i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 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 |
|---|--------------|---------------------------|
| <i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>camrese 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| <i>camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>cryselles-28 0.3-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>cyclafem 1/35 1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>cyclafem 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>daysee 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| <i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL | NIVEL 4 | |
| <i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i> | NIVEL 3 | QL (16 PER 28 OVER TIME) |
| <i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 28 OVER TIME) |
| <i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 28 OVER TIME) |
| <i>enpresse-28 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i> | NIVEL 3 | QL (16 PER 28 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>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i> | NIVEL 3 | QL (8 PER 28 OVER TIME) |
| <i>estradiol (0.1 mg/gm cream, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>estradiol 10 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)</i> | NIVEL 4 | |
| ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING) | NIVEL 3 | QL (1 PER 84 OVER TIME) |
| <i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 28 OVER TIME) |
| <i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>gianvi 3-0.02 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 28 OVER TIME) |
| <i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>jaimiess 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| <i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i> | NIVEL 4 | |
| <i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i> | NIVEL 3 | |

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>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>larissia 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| <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>lutra 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 | |
| MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 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>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-lynyah 0.25-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>nikki 3-0.02 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i> | NIVEL 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 | |
| <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 | |

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 |
|---|--------------|---------------------------|
| PREMARIN (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB) | NIVEL 4 | |
| PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM | NIVEL 3 | |
| <i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>simpesse 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| <i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>syeda 3-0.03 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tri-lynyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tri-previfem 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB | NIVEL 3 | |
| <i>vestura 3-0.02 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i> | NIVEL 4 | |
| <i>yuvaferm 10 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 |
|---|--------------|---------------------------|
| <i>zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk</i> | NIVEL 4 | |
| <i>zarah 3-0.03 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i> | NIVEL 3 | |

MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS

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

PROGESTINAS

| | | |
|--|---------|--------------------------|
| <i>camila 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>deblitane 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| DEPO-PROVERA 400 MG/ML SUSPENSION | NIVEL 4 | |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR | NIVEL 4 | |
| <i>errin 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>heather 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE 1.25 GM/5ML SOLUTION | NIVEL 5 | |
| <i>incassia 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>jencycla 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>lyleq 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>lyza 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i> | NIVEL 2 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>megestrol acetate 625 mg/5ml suspension</i> | NIVEL 4 | PA |
| <i>nora-be 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>norethindrone 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>norethindrone acetate 5 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>norlyda 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>norlyroc 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |

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>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>sharobel 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tulana 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

| | | |
|--|---------|--------------------------------|
| <i>alclometasone dipropionate 0.05 % cream</i> | NIVEL 3 | |
| <i>betamethasone dipropionate 0.05 % ointment</i> | NIVEL 2 | |
| <i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % cream, 0.05 % lotion)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i> | NIVEL 4 | |
| <i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i> | NIVEL 4 | |
| CORTISONE ACETATE 25 MG TAB | NIVEL 4 | |
| CORTROPHIN 80 UNIT/ML GEL | NIVEL 5 | PA, LA |
| <i>decadron (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR | NIVEL 4 | |
| <i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>dexamethasone sodium phosphate (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution)</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>dexamethasone sodium phosphate (4 mg/ml soln prsy, 4 mg/ml solution, 20 mg/5ml solution, 120 mg/30ml solution)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment</i> | NIVEL 4 | ST |
| <i>hydrocortisone valerate 0.2 % ointment</i> | NIVEL 3 | |
| <i>methylprednisolone (4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)</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>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i> | NIVEL 4 | |
| <i>mifepristone 300 mg tab</i> | NIVEL 5 | PA, QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>prednisolone sodium phosphate (6.7 (5 base) mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>prednisolone sodium phosphate 15 mg/5ml solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>prednisone (1 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC | NIVEL 4 | |

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

| | | |
|--|---------|--|
| <i>euthyrox (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>levo-t (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>levothyroxine sodium (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>levoxyl (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i> | NIVEL 2 | |

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 |
|---|--------------|---------------------------|
| SYNTHROID (25 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB, 100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 300 MCG TAB) | NIVEL 3 | |
| <i>unithroid (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)</i> | NIVEL 3 | |

HORMONALES, SUPRESORES (HIPOFISARIOS)

| | | |
|--|---------|---|
| <i>cabergoline 0.5 mg tab</i> | 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 |
| <i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i> | NIVEL 5 | |
| LUPRON DEPOT (1-MONTH) ((1-MONTH) 3.75 MG KIT, (1-MONTH) 7.5 MG KIT) | NIVEL 5 | |
| 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 prsy, 50 mcg/ml solution, 100 mcg/ml soln prsy, 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 | |

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 |
|--|--------------|--------------------------------|
| 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) |

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 |

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 |
|---|--------------|---------------------------|
| HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION) | NIVEL 5 | PA, LA |

INMUNOLÓGICOS, 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 A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR) | NIVEL 5 | PA |
| ILARIS 150 MG/ML SOLUTION | NIVEL 5 | PA, LA |
| OTEZLA (4 X 10 51 X20 MG TAB THPK, 10 20 30 MG TAB THPK) | NIVEL 5 | PA, QL (55 PER 28 OVER TIME) |
| 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) |
| TALTZ 20 MG/0.25ML SOLN PRSYR | NIVEL 5 | PA, QL (0.25 PER 28 DAYS) |
| TALTZ 40 MG/0.5ML SOLN PRSYR | NIVEL 5 | PA, QL (0.5 PER 28 DAYS) |
| 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) |

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 |
|---|--------------|--------------------------------|
| INMUNOSUPRESORES | | |
| <i>azathioprine 50 mg tab</i> | NIVEL 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>cyclosporine (25 mg cap, 50 mg/ml solution, 100 mg cap)</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>cyclosporine modified (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i> | NIVEL 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| 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 MINI 50 MG/ML SOLN CART | NIVEL 5 | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME) |
| ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ | NIVEL 5 | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME) |
| ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H) | NIVEL 4 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i> | NIVEL 5 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>gengraf (25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i> | NIVEL 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR | NIVEL 5 | PA, QL (1.6 PER 28 OVER TIME) |
| HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR | NIVEL 5 | PA, QL (3.2 PER 28 OVER TIME) |
| HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ | NIVEL 5 | PA, QL (1.6 PER 28 OVER TIME) |
| HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ | NIVEL 5 | PA, QL (3.2 PER 28 OVER TIME) |
| 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 AUT-IJ KIT, (PEN) 40 MG/0.8ML AUT-IJ KIT) | NIVEL 5 | PA, QL (4 PER 28 OVER TIME) |
| HUMIRA (2 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT | NIVEL 5 | PA, QL (2 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-CD/UC/HS STARTER 40 MG/0.8ML AUT-IJ KIT | NIVEL 5 | PA, QL (12 PER 365 OVER TIME) |
| HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT | NIVEL 5 | PA, QL (6 PER 365 OVER TIME) |
| HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PREF SY KT | NIVEL 5 | PA, QL (4 PER 365 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 |
|---|--------------|---|
| HUMIRA-PED \geq 40KG CROHNS START 80 MG/0.8ML PREF SY KT | NIVEL 5 | PA, QL (6 PER 365 OVER TIME) |
| HUMIRA-PED \geq 40KG UC STARTER 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT | NIVEL 5 | PA, QL (8 PER 365 OVER TIME) |
| HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER 40 MG/0.8ML AUT-IJ KIT | NIVEL 5 | PA, QL (8 PER 365 OVER TIME) |
| HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML AUT-IJ KIT | NIVEL 5 | PA, QL (6 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 |
| <i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET) | NIVEL 4 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| REZUROCK 200 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H) | NIVEL 5 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| RINVOQ 45 MG TAB ER 24H | NIVEL 5 | PA, QL (168 PER 365 OVER TIME) |
| RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION | NIVEL 5 | PA, QL (12 PER 1 DAYS) |
| 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 |

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 |
|---|--------------|---------------------------|
| XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H) | NIVEL 5 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |

VACUNAS

| | | |
|---|---------|-------------------------------------|
| ABRYSCO 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 | |
| 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 |

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 |
|--|--------------|-------------------------------------|
| MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR | NIVEL 3 | |
| 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 | |
| PREHEVBRIIO 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 |
| VAQTA 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION | NIVEL 3 | |
| VAQTA 50 UNIT/ML SUSPENSION | NIVEL 3 | VAC |
| VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP | NIVEL 3 | VAC |
| VAXCHORA RECON SUSP | NIVEL 4 | |
| YF-VAX INJECTABLE | NIVEL 4 | VAC |

MIORRELAJANTES

| | | |
|--------------------------------|---------|-----------------------|
| <i>carisoprodol 350 mg tab</i> | NIVEL 4 | PA, 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 |
|--|--------------|---------------------------|
| <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 | |
| LASTACAFT 0.25 % SOLUTION | NIVEL 4 | |
| <i>olopatadine hcl 0.2 % solution</i> | NIVEL 3 | |
| PAZEO 0.7 % SOLUTION | NIVEL 3 | QL (2.5 PER 30 OVER TIME) |

OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS

| | | |
|--|---------|--|
| BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT | NIVEL 4 | |
| <i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i> | NIVEL 2 | |
| GENTAK 0.3 % OINTMENT | NIVEL 2 | |
| <i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i> | NIVEL 2 | |
| LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION) | NIVEL 3 | |
| MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION | NIVEL 2 | |
| <i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i> | NIVEL 2 | |
| NATACYN 5 % SUSPENSION | NIVEL 3 | |
| <i>ofloxacin 0.3 % solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>sulfacetamide sodium (10 % ointment, 10 % solution)</i> | NIVEL 2 | |
| <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 | |

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 |
|---|--------------|---------------------------|
| 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 | |
| <i>prednisolone acetate 1 % suspension</i> | 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 | |

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 | |

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>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 | |
| PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % RECON SOLN | NIVEL 4 | |
| <i>pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)</i> | NIVEL 2 | |
| RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION | NIVEL 3 | QL (2.5 PER 25 OVER TIME) |
| SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION | NIVEL 3 | |

OFTÁLMICOS, OTROS

| | | |
|---|---------|---------------------------|
| <i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i> | NIVEL 2 | |
| <i>atropine sulfate 1 % solution</i> | NIVEL 3 | |
| <i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i> | NIVEL 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, 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 | |
| NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION | NIVEL 2 | |
| NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION | NIVEL 4 | |
| <i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i> | NIVEL 2 | |
| RESTASIS 0.05 % EMULSION | NIVEL 3 | QL (60 PER 30 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 | |

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 |
|-------------------------------|--------------|---------------------------|
| XIIDRA 5 % SOLUTION | NIVEL 3 | |
| ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION | NIVEL 3 | |

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

ANTIDIABÉTICOS

| | | |
|---|---------|-------------------------------|
| <i>acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i> | 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) |
| <i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>glipizide (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>glipizide er (er 2.5 mg tab er 24h, er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>glipizide xl (2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h, 10 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB) | NIVEL 4 | |
| <i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i> | 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) |
| 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) |

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>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>migliol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i> | NIVEL 4 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| MOUNJARO (2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ) | NIVEL 3 | PA, QL (2 PER 28 OVER TIME) |
| <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 A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ) | NIVEL 3 | PA, QL (2 PER 28 OVER TIME) |
| 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) |

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 |
|--|--------------|-------------------------------------|
| 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 |
| INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN | NIVEL 3 | INS |
| INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION | 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 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) |
| <i>dalfampridine er 10 mg tab er 12h</i> | NIVEL 3 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)</i> | NIVEL 5 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk</i> | NIVEL 5 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i> | NIVEL 5 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>teriflunomide (7 mg tab, 14 mg tab)</i> | 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 |
| <i>duloxetine hcl (20 mg cp dr part, 40 mg cp dr part, 60 mg cp dr part)</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i> | NIVEL 4 | QL (3 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>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i> | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>pregabalin (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)</i> | NIVEL 3 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>pregabalin 20 mg/ml solution</i> | 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, 18 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H, 36 MG TAB ER 24H, 42 MG TAB ER 24H, 48 MG TAB ER 24H) | NIVEL 5 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H | NIVEL 5 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK | NIVEL 5 | PA, QL (28 PER 28 DAYS) |
| AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 6 & 12 & 24 MG TBER THPK | NIVEL 5 | PA, QL (42 PER 30 OVER TIME) |
| <i>bac 50-325-40 mg tab</i> | NIVEL 3 | PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>butalbital-acetaminophen 50-300 mg cap</i> | NIVEL 4 | PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg cap</i> | NIVEL 4 | PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab</i> | NIVEL 3 | PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>esgic 50-325-40 mg cap</i> | 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) |
| <i>riluzole 50 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i> | NIVEL 5 | PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS) |
| <i>tetrabenazine 25 mg tab</i> | NIVEL 5 | PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>zebutal 50-325-40 mg cap</i> | NIVEL 4 | PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS |

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

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

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

| | | |
|---|---------|--------------------|
| <i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i> | NIVEL 3 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>atomoxetine hcl (60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)</i> | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i> | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>dexmethylphenidate hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>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)</i> | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i> | NIVEL 4 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl 10 mg chew tab</i> | NIVEL 4 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl 10 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl 20 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (12 PER 1 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl er 10 mg tab er</i> | NIVEL 3 | QL (6 PER 1 DAYS) |

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

| | |
|---|---------|
| ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC | NIVEL 3 |
| 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 |
| ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC | NIVEL 3 |
| ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC | NIVEL 3 |
| AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD | NIVEL 2 |
| AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (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 |

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 |
|---|--------------|---|
| CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2" PAD | NIVEL 2 | |
| <i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i> | NIVEL 2 | |
| DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC | NIVEL 3 | |
| 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 | |
| IWILFIN 192 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LAGEVRIO 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 | |

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 |
|--|--------------|---------------------------|
| 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) |
| 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 | |
| PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC) | NIVEL 3 | |
| PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC) | NIVEL 3 | |
| <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 | |
| TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM 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 | |
| TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC | NIVEL 3 | |
| ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 6 MISC) | NIVEL 3 | |
| UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (PEN 30G 5 MISC, PEN 30G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC) | NIVEL 3 | |
| UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC) | NIVEL 3 | |

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 |
|--|--------------|---------------------------|
| 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) |
| OPSUMIT 10 MG TAB | NIVEL 5 | PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp</i> | NIVEL 5 | PA, QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>sildenafil citrate 20 mg tab</i> | NIVEL 3 | PA, QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i> | 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 |

ANTIHIISTAMÍNICOS

| | | |
|--|---------|---------------------|
| <i>azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)</i> | NIVEL 4 | QL (30 PER 25 DAYS) |
| <i>azelastine hcl 0.15 % solution</i> | NIVEL 3 | QL (30 PER 25 DAYS) |
| <i>cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i> | NIVEL 3 | PA |
| <i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i> | NIVEL 2 | PA |
| <i>hydroxyzine pamoate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i> | NIVEL 4 | PA |
| <i>levocetirizine dihydrochloride 5 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 |
|--|--------------|---------------------------|
| <i>promethazine hcl 6.25 mg/5ml solution</i> | 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) |
| <i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i> | NIVEL 3 | QL (50 PER 30 DAYS) |
| <i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i> | 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

| | | |
|---|---------|-------------------|
| <i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 5 mg chew tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>montelukast sodium 4 mg packet</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |

BRONCODILADORES, ANTICOLINÉRGICOS

| | | |
|--|---------|--------------------------------|
| ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN | NIVEL 4 | QL (25.8 PER 30 DAYS) |
| <i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i> | NIVEL 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i> | NIVEL 2 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i> | NIVEL 2 | QL (45 PER 30 DAYS) |
| SPIRIVA 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) |

BRONCODILADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS

| | | |
|--|---------|--------------------------------|
| <i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i> | NIVEL 2 | QL (17 PER 30 OVER TIME) |
| <i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i> | NIVEL 2 | QL (17 PER 30 OVER TIME) |
| <i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i> | NIVEL 2 | QL (13.4 PER 30 OVER TIME) |
| ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN) | NIVEL 2 | QL (36 PER 30 OVER TIME) |
| <i>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)</i> | NIVEL 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>albuterol sulfate (2 mg tab, 4 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 |
|--|--------------|---------------------------|
| <i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i> | NIVEL 2 | QL (17 PER 30 OVER TIME) |
| <i>epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)</i> | NIVEL 3 | QL (24 PER 365 OVER TIME) |
| EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENALCLICK) | NIVEL 3 | QL (24 PER 365 OVER TIME) |
| <i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)</i> | NIVEL 4 | PA |
| LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA | NIVEL 3 | QL (60 PER 30 DAYS) |

ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS

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

FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA

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

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

| | | |
|--------------------------------|---------|-------------------------------|
| <i>roflumilast 250 mcg tab</i> | NIVEL 4 | PA, QL (28 PER 180 OVER TIME) |
| <i>roflumilast 500 mcg tab</i> | NIVEL 4 | 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>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) |
| <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) |
| COMBIVENT 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) |

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

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 | |
| <i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i> | 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 |
| <i>javygtor (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i> | NIVEL 5 | PA |
| <i>l-glutamine 5 gm packet</i> | NIVEL 5 | PA, QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>miglustat 100 mg cap</i> | NIVEL 5 | PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS) |
| NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION | NIVEL 5 | LA, PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i> | NIVEL 5 | PA |
| PROCYSBI (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 |
| <i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i> | NIVEL 5 | PA |
| <i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i> | NIVEL 5 | PA |

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 |
|---|--------------|------------------------------------|
| 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) |
| <i>yargesa 100 mg cap</i> | 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

| | | |
|---|---------|-----------------------|
| <i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i> | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>ramelteon 8 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>tasimelteon 20 mg cap</i> | NIVEL 5 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>temazepam 15 mg cap</i> | NIVEL 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>temazepam 30 mg cap</i> | NIVEL 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>triazolam 0.125 mg tab</i> | NIVEL 4 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>triazolam 0.25 mg tab</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>zaleplon 10 mg cap</i> | NIVEL 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>zaleplon 5 mg cap</i> | NIVEL 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <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) |
| XYREM 500 MG/ML SOLUTION | NIVEL 5 | PA, LA, QL (540 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 |
|---|---------|--------------------|
| 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 | |
| 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 | 43 | ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN) | 95 |
| abacavir sulfate-lamivudine | 43 | albuterol sulfate | 95 |
| abacavir-lamivudine-zidovudine | 43 | albuterol sulfate hfa | 96 |
| ABELCET | 20 | alclometasone dipropionate | 54,73 |
| ABILIFY ASIMTUFII | 37 | ALCOHOL 70% PADS | 91 |
| ABILIFY MAINTENA | 37 | ALCOHOL PREP | 91 |
| abiraterone acetate | 24 | ALCOHOL PREP PADS | 91 |
| ABRYSVO | 80 | ALCOHOL SWABSTICK | 91 |
| acamprosate calcium | 6 | alcohol wipes | 91 |
| acarbose | 85 | ALDURAZYME | 98 |
| accutane | 53 | ALECENSA | 28 |
| acebutolol hcl | 46 | alendronate sodium | 60 |
| ACETAMINOPHEN-CODEINE | 1 | alfuzosin hcl er | 63 |
| acetaminophen-codeine | 1 | aliskiren fumarate | 48 |
| acetazolamide | 48 | allopurinol | 22 |
| acetazolamide er | 83 | alosetron hcl | 61 |
| acetic acid | 6 | alprazolam | 4 |
| acetylcysteine | 97 | alprazolam er | 4 |
| acitretin | 53 | alprazolam xr | 4 |
| ACTHIB | 80 | altavera | 66 |
| ACTIMMUNE | 76 | ALUNBRIG | 28 |
| acyclovir | 41,54 | alyacen 1/35 | 66 |
| acyclovir sodium | 41 | alyacen 7/7/7 | 66 |
| ADACEL | 80 | alyq | 94 |
| adapalene | 54 | amantadine hcl | 36 |
| adefovir dipivoxil | 40 | ambrisentan | 94 |
| ADEMPAS | 94 | amethia | 66 |
| ADVAIR HFA | 97 | amethia lo | 66 |
| ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE | 91 | amikacin sulfate | 6 |
| afirmelle | 66 | amiloride hcl | 52 |
| AIMOVIG | 22 | amiloride-hydrochlorothiazide | 48 |
| ak-poly-bac | 84 | amiodarone hcl | 45 |
| AKEEGA | 25 | amitriptyline hcl | 19 |
| ala-cort | 54 | amlodipine besy-benazepril hcl | 48 |
| albendazole | 34 | amlodipine besylate | 47 |
| albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair) | 95 | amlodipine besylate-valsartan | 48 |
| albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair) | 95 | amlodipine-atorvastatin | 49 |
| albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil) | 95 | amlodipine-olmesartan | 49 |
| | | amlodipine-valsartan-hctz | 49 |
| | | ammonium lactate | 55 |

| | | | |
|--------------------------------|-------|-------------------------------|-------|
| amnesteam | 54 | atenolol | 46 |
| amoxapine | 19 | atenolol-chlorthalidone | 49 |
| amoxicillin | 9 | atomoxetine hcl | 90 |
| amoxicillin-pot clavulanate | 9 | atorvastatin calcium | 51 |
| AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER | 9 | atovaquone | 34 |
| amphetamine-dextroamphet er | 89 | atovaquone-proguanil hcl | 34 |
| amphetamine-dextroamphetamine | 89,90 | atropine sulfate | 61,84 |
| AMPHOTERICIN B | 20 | ATROVENT HFA | 95 |
| amphotericin b liposome | 20 | aubra | 66 |
| ampicillin | 9 | aubra eq | 66 |
| ampicillin sodium | 9 | AUGTYRO | 25 |
| ampicillin-sulbactam sodium | 9 | AUM ALCOHOL PREP PADS | 91 |
| ANADROL-50 | 66 | AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE | 91 |
| anagrelide hcl | 64 | AUM PEN NEEDLE | 91 |
| anastrozole | 28 | aurovela 1.5/30 | 66 |
| ANORO ELLIPTA | 97 | aurovela 1/20 | 66 |
| ANUSOL-HC | 55 | aurovela fe 1.5/30 | 66 |
| apomorphine hcl | 35 | aurovela fe 1/20 | 66 |
| apraclonidine hcl | 83 | AUSTEDO | 89 |
| aprepitant | 20 | AUSTEDO XR | 89 |
| apri | 66 | AUSTEDO XR PATIENT TITRATION | 89 |
| APTIOM | 15 | AUVELITY | 17 |
| APTIVUS | 41 | aviane | 66 |
| AQ INSULIN SYRINGE | 91 | avidoxy | 12 |
| AQINJECT PEN NEEDLE | 91 | avita | 54 |
| ARALAST NP | 98 | ayuna | 66 |
| aranelle | 66 | AYVAKIT | 25 |
| ARCALYST | 77 | azathioprine | 78 |
| AREXVY | 80 | AZATHIOPRINE SODIUM | 78 |
| argyle sterile water | 91 | azelastine hcl | 82,94 |
| aripiprazole | 37 | azithromycin | 10 |
| ARISTADA | 37 | AZITHROMYCIN | 10 |
| ARISTADA INITIO | 37 | aztreonam | 6 |
| armodafinil | 99 | azurette | 66 |
| ARNUITY ELLIPTA | 95 | | |
| asenapine maleate | 37 | B | |
| ashlyna | 66 | bac | 89 |
| aspirin-dipyridamole er | 65 | bacitra-neomycin-polymyxin-hc | 84 |
| ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES | 91 | BACITRACIN | 82 |
| ASSURE ID PRO PEN NEEDLES | 91 | bacitracin-polymyxin b | 84 |
| atazanavir sulfate | 41 | baclofen | 20 |

| | | | |
|---|-------|-------------------------------------|-------|
| balsalazide disodium..... | 59 | BIOGUARD GAUZE SPONGES..... | 91 |
| BALVERSA..... | 28 | bisoprolol fumarate..... | 46 |
| balziva..... | 66 | bisoprolol-hydrochlorothiazide..... | 49 |
| BAQSIMI ONE PACK..... | 87 | blisovi fe 1.5/30..... | 66 |
| BAQSIMI TWO PACK..... | 87 | blisovi fe 1/20..... | 67 |
| BARACLUDE..... | 40 | BOOSTRIX..... | 80 |
| BCG VACCINE..... | 80 | BOSULIF..... | 28,29 |
| BD INSULIN SYRINGE..... | 91 | BRAFTOVI..... | 29 |
| BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC..... | 91 | BREO ELLIPTA..... | 97 |
| BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM | | brey-na..... | 97 |
| MISC..... | 91 | BREZTRI AEROSPHERE..... | 97 |
| BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM | | briellyn..... | 67 |
| MISC..... | 91 | BRILINTA..... | 65 |
| BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM | | brimonidine tartrate..... | 83 |
| MISC..... | 91 | brimonidine tartrate-timolol..... | 84 |
| bekyree..... | 66 | brinzolamide..... | 84 |
| benazepril hcl..... | 52 | BRIVIACT..... | 12 |
| benazepril-hydrochlorothiazide..... | 49 | bromocriptine mesylate..... | 35 |
| BENLYSTA..... | 77 | BRUKINSA..... | 25 |
| BENZNIDAZOLE..... | 34 | budesonide..... | 59,95 |
| benzoyl peroxide-erythromycin..... | 54 | budesonide er..... | 59 |
| benztropine mesylate..... | 35 | budesonide-formoterol fumarate..... | 97 |
| BESIVANCE..... | 11 | bumetanide..... | 52 |
| BESREMI..... | 25 | buprenorphine..... | 2 |
| betaine..... | 98 | buprenorphine hcl..... | 5 |
| betamethasone dipropionate..... | 55,73 | buprenorphine hcl-naloxone hcl..... | 5,6 |
| betamethasone dipropionate aug..... | 55,73 | bupropion hcl..... | 17 |
| betamethasone valerate..... | 55 | bupropion hcl er (smoking det)..... | 5,17 |
| BETASERON..... | 88 | bupropion hcl er (sr)..... | 17 |
| betaxolol hcl..... | 46,83 | bupropion hcl er (xl)..... | 17 |
| bethanechol chloride..... | 63 | buspiron hcl..... | 4 |
| BEVESPI AEROSPHERE..... | 97 | butalbital-acetaminophen..... | 89 |
| bexarotene..... | 34 | butalbital-apap-caff-cod..... | 1 |
| BEXSERO..... | 80 | butalbital-apap-caffeine..... | 89 |
| BEYFORTUS..... | 77 | 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..... | 85 |
| BICILLIN L-A..... | 9 | BYETTA 5 MCG PEN..... | 85 |
| BIKTARVY..... | 41 | BYLVAY..... | 98 |
| bimatoprost..... | 83 | BYLVAY (PELLETS)..... | 98 |

C

| | | | |
|-------------------------------|-------|-------------------------------|-----|
| CABENUVA | 44 | cefadroxil | 8 |
| cabergoline | 75 | cefazolin sodium | 8 |
| CABOMETYX | 29 | cefdinir | 8 |
| calcipotriene | 56 | CEFEPIME HCL | 8 |
| calcitonin (salmon) | 60 | cefixime | 8 |
| calcitrene | 56 | CEFOTAXIME SODIUM | 8 |
| CALCITRIOL | 56 | cefotetan disodium | 8 |
| calcitriol | 60 | cefoxitin sodium | 8 |
| calcium acetate | 57 | cefpodoxime proxetil | 8 |
| calcium acetate (phos binder) | 57 | cefprozil | 8 |
| CALQUENCE | 29 | ceftazidime | 8 |
| camila | 72 | ceftriaxone sodium | 9 |
| camrese | 67 | cefuroxime axetil | 9 |
| camrese lo | 67 | cefuroxime sodium | 9 |
| candesartan cilexetil | 45 | celecoxib | 3 |
| candesartan cilexetil-hctz | 49 | cephalexin | 9 |
| CAPEX | 55 | CEREZYME | 98 |
| CAPLYTA | 38 | cetirizine hcl | 94 |
| CAPRELSA | 29 | cevimeline hcl | 44 |
| captopril | 52 | chateal | 67 |
| CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE | 49 | chateal eq | 67 |
| carbamazepine | 15 | CHEMET | 57 |
| carbamazepine er | 15 | CHLORAMPHENICOL SOD SUCCINATE | 6 |
| carbidopa | 36 | chlorhexidine gluconate | 44 |
| carbidopa-levodopa | 36 | chloroquine phosphate | 34 |
| carbidopa-levodopa er | 36 | chlorpromazine hcl | 36 |
| carbidopa-levodopa-entacapone | 36 | chlorthalidone | 52 |
| CARETOUCH ALCOHOL PREP | 91 | CHOLBAM | 98 |
| carglumic acid | 57 | cholestyramine | 51 |
| carisoprodol | 81 | cholestyramine light | 51 |
| CARTEOLOL HCL | 83 | ciclodan | 54 |
| cartia xt | 47 | ciclopirox | 54 |
| carvedilol | 46 | ciclopirox olamine | 21 |
| carvedilol phosphate er | 46 | cilostazol | 65 |
| caspofungin acetate | 20,21 | CILOXAN | 11 |
| cataflam | 3 | CIMDUO | 43 |
| CAYSTON | 96 | cimetidine | 60 |
| caziant | 67 | cimetidine hcl | 60 |
| CEFACLOR | 8 | cinacalcet hcl | 60 |
| | | CIPRO HC | 100 |
| | | ciprofloxacin | 11 |

| | | | |
|-------------------------------------|--------|------------------------------------|----------|
| ciprofloxacin hcl..... | 11 | COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)..... | 29 |
| CIPROFLOXACIN HCL..... | 11,100 | COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)..... | 29 |
| ciprofloxacin in d5w..... | 11 | COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES..... | 91 |
| ciprofloxacin-dexamethasone..... | 100 | COMPLERA..... | 42 |
| citalopram hydrobromide..... | 17,18 | compro..... | 19 |
| claravis..... | 54 | constulose..... | 61 |
| CLARITHROMYCIN..... | 10 | COPAXONE..... | 88 |
| clarithromycin..... | 10 | COPIKTRA..... | 29 |
| clarithromycin er..... | 10 | CORLANOR..... | 49 |
| clindacin etz..... | 6 | CORTIFOAM..... | 59 |
| clindacin-p..... | 7 | CORTISONE ACETATE..... | 73 |
| clindamycin hcl..... | 7 | CORTISPORIN-TC..... | 100 |
| clindamycin palmitate hcl..... | 7 | CORTROPHIN..... | 73 |
| clindamycin phos-benzoyl perox..... | 54 | COTELLIC..... | 29 |
| clindamycin phosphate..... | 7,54 | CREON..... | 98 |
| clindamycin phosphate in d5w..... | 7 | CRIXIVAN..... | 41 |
| CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL..... | 7 | cromolyn sodium..... | 82,96,98 |
| clobazam..... | 14 | cryselle-28..... | 67 |
| clobetasol prop emollient base..... | 55,73 | CRYSVITA..... | 57 |
| clobetasol propionate..... | 55 | CVS ALCOHOL PREP PADS..... | 91 |
| clobetasol propionate e..... | 73 | CVS ANTIBACTERIAL GAUZE..... | 92 |
| clomipramine hcl..... | 19 | cvs isopropyl alcohol wipes..... | 92 |
| clonazepam..... | 4,5 | cyclafem 1/35..... | 67 |
| clonidine..... | 45 | cyclafem 7/7/7..... | 67 |
| clonidine hcl..... | 45 | cyclobenzaprine hcl..... | 82 |
| clopidogrel bisulfate..... | 65 | CYCLOPHOSPHAMIDE..... | 23 |
| clorazepate dipotassium..... | 5 | cyclosporine..... | 78 |
| clotrimazole..... | 21 | cyclosporine modified..... | 78 |
| clotrimazole-betamethasone..... | 56 | cyproheptadine hcl..... | 94 |
| clovique..... | 57 | cyred..... | 67 |
| clozapine..... | 37 | cyred eq..... | 67 |
| COARTEM..... | 34 | CYSTAGON..... | 98 |
| CODEINE SULFATE..... | 1 | CYSTARAN..... | 98 |
| codeine sulfate..... | 1 | | |
| colchicine..... | 22 | D | |
| colchicine-probenecid..... | 22 | dabigatran etexilate mesylate..... | 63 |
| colesevelam hcl..... | 51 | dalfampridine er..... | 88 |
| colestipol hcl..... | 51 | danazol..... | 65 |
| colistimethate sodium (cba)..... | 7 | dantrolene sodium..... | 20 |
| COMBIVENT RESPIMAT..... | 97 | dapsone..... | 23 |
| COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)..... | 29 | DAPTACEL..... | 80 |

| | | | |
|--------------------------------|-------|--|---------|
| daptomycin | 7 | diazepam intensol | 5 |
| darunavir | 41,42 | diazoxide | 87 |
| dasatinib | 29 | diclofenac potassium | 3 |
| dasetta 1/35 | 67 | diclofenac sodium | 3,56,82 |
| dasetta 7/7/7 | 67 | diclofenac sodium er | 3 |
| DAURISMO | 29 | dicloxacillin sodium | 10 |
| daysee | 67 | dicyclomine hcl | 61 |
| deblitane | 72 | DIDANOSINE | 43 |
| decadron | 73 | DIFICID | 11 |
| deferasirox | 57 | diflunisal | 3 |
| DELSTRIGO | 42 | difluprednate | 82 |
| delyla | 67 | digitek | 49 |
| DENGVAXIA | 80 | digox | 49 |
| DEPO-ESTRADIOL | 67 | digoxin | 49 |
| DEPO-PROVERA | 72 | dihydroergotamine mesylate | 22 |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 | 72 | DILANTIN | 15 |
| depo-testosterone | 65 | dilt-xr | 47 |
| DERMOTIC | 100 | diltiazem hcl | 47 |
| DESCOVY | 43 | diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule | 47 |
| desipramine hcl | 19 | diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule | 47 |
| desmopressin ace spray refrig | 65 | diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule | 47 |
| desmopressin acetate | 65 | diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule | 48 |
| desmopressin acetate pf | 65 | diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule | 48 |
| desmopressin acetate spray | 65 | diltiazem hcl er | 48 |
| desogestrel-ethinyl estradiol | 67 | diltiazem hcl er beads | 48 |
| desonide | 55 | dimethyl fumarate | 88 |
| desoximetasone | 55 | dimethyl fumarate starter pack | 88 |
| desvenlafaxine succinate er | 18 | diphenoxylate-atropine | 61 |
| dexamethasone | 73 | DIPHENOXYLATE-ATROPINE | 61 |
| DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID | 73 | DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT | 80 |
| dexamethasone sod phosphate pf | 73 | dipyridamole | 65 |
| dexamethasone sodium phosphate | 73 | disopyramide phosphate | 45 |
| DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE | 82 | disulfiram | 6 |
| dexmethylphenidate hcl | 90 | DIURIL | 52 |
| dextroamphetamine sulfate | 90 | divalproex sodium | 12 |
| dextrose | 58 | divalproex sodium er | 12 |
| dextrose in lactated ringers | 58 | | |
| dextrose-sodium chloride | 59 | | |
| DIACOMIT | 12 | | |
| diazepam | 5,14 | | |
| DIAZEPAM | 14 | | |

| | | | |
|--|----|---|-------|
| dofetilide | 46 | ELIQUIS | 63 |
| donepezil hcl | 16 | ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK | 63 |
| donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg | 16 | eluryng | 67 |
| donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg | 16 | EMBRACE PEN NEEDLES | 92 |
| dorzolamide hcl | 84 | EMCYT | 25 |
| dorzolamide hcl-timolol mal | 84 | emoquette | 67 |
| dotti | 67 | EMSAM | 17 |
| DOVATO | 41 | emtricitabine | 43 |
| doxazosin mesylate | 46 | emtricitabine-tenofovir df | 43 |
| doxepin hcl | 19 | EMTRIVA | 43 |
| doxercalciferol | 60 | enalapril maleate | 52 |
| doxy 100 | 12 | enalapril-hydrochlorothiazide | 49 |
| doxycycline hyclate | 12 | ENBREL | 78 |
| doxycycline monohydrate | 12 | ENBREL MINI | 78 |
| DRIZALMA SPRINKLE | 88 | ENBREL SURECLICK | 78 |
| dronabinol | 20 | endocet | 1 |
| DROPLET MICRON | 92 | ENGERIX-B | 80 |
| DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE | 92 | enilloring | 67 |
| drospirenone-ethinyl estradiol | 67 | enoxaparin sodium | 63,64 |
| DROXIA | 25 | enpresse-28 | 67 |
| droxidopa | 45 | enskyce | 67 |
| duloxetine hcl | 88 | entacapone | 36 |
| DUPIXENT | 77 | entecavir | 40 |
| dutasteride | 63 | ENTRESTO | 49 |
| dutasteride-tamsulosin hcl | 63 | enulose | 61 |
| E | | ENVARUSUS XR | 78 |
| E.E.S. 400 | 11 | EPCLUSA | 40 |
| EASY COMFORT INSULIN SYRINGE | 92 | EPIDIOLEX | 12 |
| EASY COMFORT PEN NEEDLES | 92 | epinephrine | 96 |
| ec-naproxen | 3 | EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK) | 96 |
| econazole nitrate | 21 | epitol | 15 |
| EDURANT | 42 | EPIVIR HBV | 40 |
| EFAVIRENZ | 42 | eplerenone | 52 |
| efavirenz | 42 | EPRONTIA | 12 |
| efavirenz-emtricitab-tenofo df | 42 | EPROSARTAN MESYLATE | 45 |
| efavirenz-lamivudine-tenofovir | 42 | ERIVEDGE | 29 |
| ELAPRASE | 98 | ERLEADA | 24 |
| elinest | 67 | erlotinib hcl | 29 |
| | | errin | 72 |
| | | ertapenem sodium | 10 |

| | | | |
|--------------------------------|----------|--------------------------------|-------|
| ERY | 54 | fenofibrate micronized | 50 |
| erythrocin lactobionate | 11 | fenofibric acid | 50 |
| erythromycin | 54,82 | fentanyl | 2 |
| erythromycin base | 11 | fentanyl citrate | 1 |
| erythromycin ethylsuccinate | 11 | FETZIMA | 18 |
| erythromycin lactobionate | 11 | FETZIMA TITRATION | 18 |
| escitalopram oxalate | 18 | finasteride | 63 |
| esgic | 89 | fingolimod hcl | 88 |
| esomeprazole magnesium | 62 | FINTEPLA | 12 |
| estarylla | 67 | FIRMAGON | 75 |
| estradiol | 67,68 | FIRMAGON (240 MG DOSE) | 75 |
| estradiol valerate | 68 | flavoxate hcl | 62 |
| ESTRING | 68 | flecainide acetate | 46 |
| eszopiclone | 99 | fluconazole | 21 |
| ethambutol hcl | 23 | fluconazole in sodium chloride | 21 |
| ethosuximide | 16 | flucytosine | 21 |
| ethynodiol diac-eth estradiol | 68 | fludrocortisone acetate | 73 |
| etodolac | 3 | flunisolide | 95 |
| etodolac er | 3 | fluocinolone acetonide | 55 |
| etonogestrel-ethinyl estradiol | 68 | fluocinolone acetonide body | 55 |
| etravirine | 42 | fluocinolone acetonide scalp | 55 |
| euthyrox | 74 | fluocinonide | 55 |
| everolimus | 29,30,78 | fluocinonide emulsified base | 55 |
| EVOTAZ | 42 | fluorometholone | 82 |
| exemestane | 28 | fluorouracil | 56 |
| EXKIVITY | 25 | fluoxetine hcl | 18 |
| ezetimibe | 51 | FLUOXETINE HCL | 18 |
| ezetimibe-simvastatin | 51 | fluphenazine decanoate | 36 |
| F | | FLUPHENAZINE HCL | 36 |
| falmina | 68 | FLURBIPROFEN | 3 |
| famciclovir | 41 | FLURBIPROFEN SODIUM | 83 |
| famotidine | 61 | flutamide | 24 |
| FANAPT | 38 | fluticasone propionate | 55,95 |
| FANAPT TITRATION PACK | 38 | fluticasone-salmeterol | 97 |
| FARXIGA | 85 | FLUTICASONE-SALMETEROL | 97 |
| febuxostat | 22 | fluvastatin sodium | 51 |
| felbamate | 12 | fluvastatin sodium er | 51 |
| felodipine er | 47 | fluvoxamine maleate | 18 |
| femynor | 68 | FML | 83 |
| fenofibrate | 50 | FML FORTE | 83 |
| | | fondaparinux sodium | 64 |

| | |
|------------------------|-------|
| FORTEO | 60 |
| fosamprenavir calcium | 42 |
| fosinopril sodium | 52 |
| fosinopril sodium-hctz | 49 |
| FOTIVDA | 25 |
| FRUZAQLA | 30 |
| fulvestrant | 25 |
| furosemide | 52 |
| FUROSEMIDE | 52 |
| FUZEON | 44 |
| fyavolv | 68 |
| 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 | 80 |
| GATTEX | 62 |
| gauze pads 2 | 92 |
| GAVILYTE-C | 62 |
| gavilyte-g | 62 |
| gavilyte-n with flavor pack | 61 |
| GAVRETO | 30 |
| gefitinib | 30 |
| gemfibrozil | 50 |
| GEMTESA | 63 |
| generlac | 61 |
| gengraf | 78 |
| GENOTROPIN | 65 |
| GENOTROPIN MINIQUICK | 65 |
| GENTAK | 82 |
| gentamicin sulfate | 6,82 |
| GENVOYA | 41 |
| gianvi | 68 |
| GILOTRIF | 30 |
| GLEOSTINE | 23 |
| glimepiride | 85 |

| | |
|-----------------------------|----|
| glipizide | 85 |
| glipizide er | 85 |
| glipizide xl | 85 |
| glipizide-metformin hcl | 85 |
| GLUCAGEN HYPOKIT | 87 |
| GLUCAGON EMERGENCY | 87 |
| glyburide | 85 |
| GLYBURIDE MICRONIZED | 85 |
| glyburide-metformin | 85 |
| glycopyrrolate | 61 |
| GLYXAMBI | 85 |
| GOLYTELY | 62 |
| granisetron hcl | 20 |
| griseofulvin microsize | 21 |
| griseofulvin ultramicrosize | 21 |
| guanfacine hcl | 45 |
| guanfacine hcl er | 90 |
| GUANIDINE HCL | 23 |

H

| | |
|-----------------------------|----|
| HADLIMA | 78 |
| HADLIMA PUSHTOUCH | 78 |
| HAEGARDA | 76 |
| 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 | 80 |
| heather | 72 |
| heparin sodium (porcine) | 64 |
| heparin sodium (porcine) pf | 64 |
| HEPATAMINE | 57 |
| HEPLISAV-B | 80 |
| HIBERIX | 80 |
| HIZENTRA | 77 |
| HUMALOG | 87 |

| | | | |
|--------------------------------|----------|-------------------------------|----|
| HUMALOG JUNIOR KWIKPEN | 87 | ibuprofen | 3 |
| HUMALOG KWIKPEN | 87 | icatibant acetate | 76 |
| HUMALOG MIX 50/50 | 87 | iclevia | 68 |
| HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN | 87 | ICLUSIG | 30 |
| HUMALOG MIX 75/25 | 87 | icosapent ethyl | 51 |
| HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN | 87 | IDHIFA | 25 |
| HUMIRA | 78 | ILARIS | 77 |
| HUMIRA (2 PEN) | 78 | ILEVRO | 83 |
| HUMIRA (2 SYRINGE) | 78 | imatinib mesylate | 30 |
| HUMIRA-CD/UC/HS STARTER | 78 | IMBRUVICA | 30 |
| HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER | 78 | imipenem-cilastatin | 10 |
| HUMIRA-PED>/=40KG CROHNS START | 79 | imipramine hcl | 19 |
| HUMIRA-PED>/=40KG UC STARTER | 79 | imiquimod | 56 |
| HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER | 79 | IMOVAX RABIES | 80 |
| HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER | 79 | incassia | 72 |
| HUMULIN 70/30 | 87 | INCRELEX | 65 |
| HUMULIN 70/30 KWIKPEN | 87 | indapamide | 52 |
| HUMULIN N | 87 | indomethacin | 3 |
| HUMULIN N KWIKPEN | 87 | indomethacin er | 3 |
| HUMULIN R | 87 | INFANRIX | 80 |
| HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) | 87 | INGREZZA | 89 |
| HUMULIN R U-500 KWIKPEN | 87 | INLYTA | 30 |
| hydralazine hcl | 53 | INQOVI | 25 |
| hydrochlorothiazide | 52 | INREBIC | 25 |
| hydrocodone-acetaminophen | 1 | INSULIN LISPRO | 87 |
| hydrocortisone | 55,59,60 | INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) | 87 |
| hydrocortisone (perianal) | 55 | INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN | 88 |
| hydrocortisone butyrate | 73 | INSULIN LISPRO PROT & LISPRO | 88 |
| hydrocortisone valerate | 55,73 | INSULIN PEN NEEDLES | 92 |
| hydrocortisone-acetic acid | 100 | INSULIN PEN NEEDLES | 92 |
| hydromorphone hcl | 1 | INSULIN SYRINGE 0.3 ML | 92 |
| hydroxychloroquine sulfate | 35 | INSULIN SYRINGE 0.5 ML | 92 |
| HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE | 72 | INSULIN SYRINGE 1 ML | 92 |
| hydroxyurea | 25 | INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 | 92 |
| hydroxyzine hcl | 94 | INSUPEN PEN NEEDLES | 92 |
| hydroxyzine pamoate | 94 | INTELENCE | 42 |
| | | INTRALIPID | 58 |
| I | | INTRON A | 76 |
| ibandronate sodium | 60 | introvale | 68 |
| IBRANCE | 30 | INVEGA HAFYERA | 38 |
| ibu | 3 | INVEGA SUSTENNA | 38 |

| | |
|--------------------------------|----|
| INVEGA TRINZA | 38 |
| IPOL | 80 |
| ipratropium bromide | 95 |
| ipratropium-albuterol | 97 |
| irbesartan | 45 |
| irbesartan-hydrochlorothiazide | 49 |
| ISENTRESS | 41 |
| ISENTRESS HD | 41 |
| isibloom | 68 |
| isoniazid | 23 |
| isopropyl alcohol | 92 |
| isopropyl alcohol wipes | 92 |
| isosorbide dinitrate | 53 |
| isosorbide mononitrate | 53 |
| isosorbide mononitrate er | 53 |
| isotretinoin | 54 |
| isradipine | 47 |
| itraconazole | 21 |
| ivabradine hcl | 49 |
| ivermectin | 34 |
| IWILFIN | 92 |
| IXCHIQ | 80 |
| IXIARO | 80 |

J

| | |
|---------------|----|
| jaimiess | 68 |
| JAKAFI | 30 |
| jantoven | 64 |
| JANUMET | 85 |
| JANUMET XR | 85 |
| JANUVIA | 85 |
| JARDIANCE | 85 |
| jasmiel | 68 |
| javygtor | 98 |
| 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 | 96 |
| kariva | 68 |
| kcl in dextrose-nacl | 58 |
| KCL-LACTATED RINGERS-D5W | 59 |
| kelnor 1/35 | 69 |
| kelnor 1/50 | 69 |
| KEPIVANCE | 44 |
| KERENDIA | 85 |
| ketoconazole | 21 |
| ketorolac tromethamine | 83 |
| KINRIX | 80 |
| kionex | 57 |
| KISQALI (200 MG DOSE) | 30 |
| KISQALI (400 MG DOSE) | 30 |
| KISQALI (600 MG DOSE) | 31 |
| KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) | 25 |
| KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) | 25 |
| KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) | 26 |
| klayesta | 21 |
| klor-con | 58 |
| klor-con 10 | 58 |
| klor-con m10 | 58 |
| klor-con m15 | 58 |
| klor-con m20 | 58 |
| klor-con sprinkle | 58 |
| KOSELUGO | 26 |
| kourzeq | 44 |
| KRAZATI | 26 |
| kurvelo | 69 |

L

| | |
|-------------|----|
| l-glutamine | 98 |
|-------------|----|

| | | | |
|--------------------------------------|-------|--|----|
| labetalol hcl | 46 | levetiracetam | 13 |
| lacosamide | 15 | levetiracetam er | 13 |
| lactated ringers | 59 | levo-t | 74 |
| lactulose | 61 | LEVOBUNOLOL HCL | 83 |
| lactulose encephalopathy | 61 | levocarnitine | 59 |
| LAGEVRIO | 92 | levocetirizine dihydrochloride | 94 |
| lamivudine | 40,43 | levofloxacin | 11 |
| lamivudine-zidovudine | 43 | LEVOFLOXACIN | 82 |
| lamotrigine | 13 | levofloxacin in d5w | 11 |
| LANREOTIDE ACETATE | 75 | levonest | 69 |
| lansoprazole | 62 | levonorg-eth estrad triphasic | 69 |
| lanthanum carbonate | 57 | levonorgest-eth estrad 91-day | 69 |
| LANTUS | 88 | levonorgestrel-ethinyl estrad | 69 |
| LANTUS SOLOSTAR | 88 | levora 0.15/30 (28) | 69 |
| lapatinib ditosylate | 31 | levothyroxine sodium | 74 |
| larin 1.5/30 | 69 | levoxyl | 74 |
| larin 1/20 | 69 | LEXIVA | 42 |
| larin fe 1.5/30 | 69 | LIBERVANT | 14 |
| larin fe 1/20 | 69 | lidocaine | 4 |
| larissia | 69 | lidocaine hcl | 4 |
| LASTACAPT | 82 | LIDOCAINE HCL | 4 |
| latanoprost | 83 | lidocaine viscous hcl | 4 |
| LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR | 40 | lidocaine-prilocaine | 4 |
| leena | 69 | lidocan | 4 |
| leflunomide | 79 | lillow | 69 |
| lenalidomide | 24 | lincomycin hcl | 7 |
| LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) | 31 | LINDANE | 56 |
| LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) | 31 | linezolid | 7 |
| LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) | 31 | LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE | 7 |
| LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) | 31 | LINZESS | 61 |
| LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) | 31 | liothyronine sodium | 74 |
| LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) | 31 | lisdexamphetamine dimesylate | 90 |
| LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) | 31 | lisinopril | 52 |
| LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) | 31 | lisinopril-hydrochlorothiazide | 49 |
| lessina | 69 | lithium | 44 |
| letrozole | 28 | lithium carbonate | 44 |
| leucovorin calcium | 26 | lithium carbonate er | 44 |
| LEUKERAN | 23 | lo-zumandimine | 69 |
| leuprolide acetate | 75 | loestrin 1.5/30 (21) | 69 |
| levalbuterol hcl | 96 | loestrin 1/20 (21) | 69 |
| LEVALBUTEROL TARTRATE | 96 | loestrin fe 1.5/30 | 69 |

| | | | |
|--------------------------------|-------|------------------------------|-------|
| methylergonovine maleate | 92 | morphine sulfate er | 2 |
| methylphenidate hcl | 90 | MOUNJARO | 86 |
| methylphenidate hcl er | 90,91 | MOVANTI | 61 |
| methylprednisolone | 73 | moxifloxacin hcl | 11,82 |
| methylprednisolone acetate | 73 | MOXIFLOXACIN HCL | 11 |
| methylprednisolone sodium succ | 74 | MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) | 82 |
| metoclopramide hcl | 19 | MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL | 11 |
| metolazone | 52 | MRESVIA | 81 |
| metoprolol succinate er | 46 | MULTAQ | 46 |
| metoprolol tartrate | 47 | mupirocin | 54 |
| metoprolol-hydrochlorothiazide | 50 | MYALEPT | 62 |
| metronidazole | 7 | mycophenolate mofetil | 79 |
| metyrosine | 50 | mycophenolate mofetil hcl | 79 |
| mexiletine hcl | 46 | mycophenolate sodium | 79 |
| micafungin sodium | 21 | mycophenolic acid | 79 |
| MICONAZOLE 3 | 21 | myorisan | 54 |
| microgestin 1.5/30 | 70 | MYRBETRIQ | 63 |
| microgestin 1/20 | 70 | | |
| microgestin fe 1.5/30 | 70 | N | |
| microgestin fe 1/20 | 70 | na sulfate-k sulfate-mg sulf | 61 |
| midodrine hcl | 45 | nabumetone | 3 |
| mifepristone | 74 | nadolol | 47 |
| MIGERGOT | 22 | nafcillin sodium | 10 |
| miglitol | 86 | nafrinse | 59 |
| miglustat | 98 | NAGLAZYME | 98 |
| mili | 70 | naloxone hcl | 6 |
| minitran | 53 | naltrexone hcl | 6 |
| minocycline hcl | 12 | NAMZARIC | 16 |
| minoxidil | 53 | naproxen | 3 |
| mirtazapine | 17 | naproxen dr | 3 |
| misoprostol | 62 | naratriptan hcl | 22 |
| modafinil | 99 | NATACYN | 82 |
| moexipril hcl | 52 | nateglinide | 86 |
| MOLINDONE HCL | 37 | NATPARA | 60 |
| mometasone furoate | 55,74 | NAYZILAM | 4 |
| mondoxyne nl | 12 | nebivolol hcl | 47 |
| mono-lynyah | 70 | necon 0.5/35 (28) | 70 |
| montelukast sodium | 95 | NEFAZODONE HCL | 18 |
| morgidox | 12 | neo-polycin | 84 |
| morphine sulfate | 1,2 | neo-polycin hc | 84 |
| morphine sulfate (concentrate) | 1 | neomycin sulfate | 6 |

| | | | |
|--------------------------------|-----|----------------------------|-----------|
| neomycin-bacitracin zn-polymyx | 84 | norlyda | 72 |
| neomycin-polymyxin-dexameth | 84 | norlyroc | 72 |
| NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN | 84 | NORMOSOL-M IN D5W | 58 |
| NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC | 84 | nortrel 0.5/35 (28) | 70 |
| neomycin-polymyxin-hc | 100 | nortrel 1/35 (21) | 70 |
| NERLYNX | 31 | nortrel 1/35 (28) | 70 |
| NEUPRO | 35 | nortrel 7/7/7 | 70 |
| nevirapine | 42 | nortriptyline hcl | 19 |
| NEVIRAPINE | 43 | NORVIR | 42 |
| NEVIRAPINE ER | 43 | NOVOFINE 32G X 6 MM MISC | 93 |
| nevirapine er | 43 | NOVOTWIST 32G X 5 MM MISC | 93 |
| NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) | 51 | NUBEQA | 24 |
| niacin er (antihyperlipidemic) | 51 | NUCALA | 97 |
| 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 | 58 |
| nifedipine er osmotic release | 47 | nyamyc | 21 |
| nikki | 70 | nylia 1/35 | 70 |
| nilutamide | 24 | nylia 7/7/7 | 70 |
| nimodipine | 47 | NYMALIZE | 47 |
| NINLARO | 26 | nymyo | 70 |
| nitazoxanide | 35 | nystatin | 21 |
| nitisinone | 98 | nystatin-triamcinolone | 56 |
| NITRO-BID | 53 | nystop | 21 |
| nitrofurantoin macrocrystal | 7 | | |
| nitrofurantoin monohyd macro | 7 | O | |
| nitroglycerin | 53 | ocella | 70 |
| NITROSTAT | 53 | octreotide acetate | 75 |
| NIZATIDINE | 61 | OCTREOTIDE ACETATE | 75 |
| nora-be | 72 | ODEFSEY | 43 |
| norelgestromin-eth estradiol | 70 | ODOMZO | 32 |
| norethin ace-eth estrad-fe | 70 | OFEV | 96 |
| norethin-eth estradiol-fe | 70 | ofloxacin | 11,82,100 |
| norethindrone | 72 | OGSIVEO | 26 |
| norethindrone acet-ethinyl est | 70 | OJEMDA | 28 |
| norethindrone acetate | 72 | OJJAARA | 28 |
| norethindrone-eth estradiol | 70 | olanzapine | 38 |
| norgestim-eth estrad triphasic | 70 | olmesartan medoxomil | 45 |
| norgestimate-eth estradiol | 70 | olmesartan medoxomil-hctz | 50 |

| | | | |
|-------------------------------|-------|-----------------------------|-------|
| olmesartan-amlodipine-hctz | 50 | PASER | 23 |
| olopatadine hcl | 82 | PAXLOVID (150/100) | 93 |
| omega-3-acid ethyl esters | 51 | PAXLOVID (300/100) | 93 |
| omeprazole | 62 | PAZEO | 82 |
| OMNITROPE | 65 | pazopanib hcl | 32 |
| ondansetron | 20 | PEDIARIX | 81 |
| ONDANSETRON HCL | 20 | PEDVAX HIB | 81 |
| ondansetron hcl | 20 | peg 3350-kcl-na bicarb-nacl | 61 |
| ONUREG | 26 | peg-3350/electrolytes | 62 |
| OPSUMIT | 94 | PEGANONE | 15 |
| OPVEE | 93 | PEGASYS | 76 |
| oralone | 44 | PEGASYS PROCLICK | 76 |
| ORGOVYX | 75 | PEMAZYRE | 32 |
| ORSERDU | 24 | PEN NEEDLES | 93 |
| orsythia | 70 | PENBRAYA | 81 |
| oseltamivir phosphate | 40 | penicillamine | 63 |
| OSPHENA | 72 | penicillin g potassium | 10 |
| OTEZLA | 56,77 | PENICILLIN G SODIUM | 10 |
| oxandrolone | 66 | penicillin v potassium | 10 |
| oxaprozin | 3 | PENTACEL | 81 |
| oxcarbazepine | 15 | pentamidine isethionate | 35 |
| oxybutynin chloride | 63 | pentoxifylline er | 50 |
| oxybutynin chloride er | 63 | perindopril erbumine | 53 |
| oxycodone hcl | 2 | periogard | 45 |
| oxycodone-acetaminophen | 2 | permethrin | 56 |
| OXYCODONE-ACETAMINOPHEN | 2 | perphenazine | 19 |
| OXYCODONE-ASPIRIN | 2 | PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE | 17 |
| OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) | 86 | PERSERIS | 39 |
| OZEMPIC (1 MG/DOSE) | 86 | PFIZERPEN | 10 |
| OZEMPIC (2 MG/DOSE) | 86 | phenelzine sulfate | 17 |
| P | | phenobarbital | 14 |
| pacerone | 46 | phenytek | 15 |
| paliperidone er | 38,39 | phenytoin | 15 |
| PANRETIN | 34 | phenytoin infatabs | 15 |
| pantoprazole sodium | 62 | phenytoin sodium extended | 15 |
| paricalcitol | 60 | philith | 70 |
| paroex | 45 | PHOSPHOLINE IODIDE | 84 |
| paromomycin sulfate | 6 | PIFELTRO | 43 |
| paroxetine hcl | 18 | pilocarpine hcl | 45,84 |
| paroxetine hcl er | 18 | PIMOZIDE | 37 |
| | | pimtrea | 70 |

| | | | |
|--------------------------------|----|--------------------------------|-------|
| pindolol | 47 | premium lidocaine | 4 |
| pioglitazone hcl | 86 | prenatal vitamins | 59 |
| pioglitazone hcl-glimepiride | 86 | prevalite | 51 |
| pioglitazone hcl-metformin hcl | 86 | previfem | 71 |
| piperacillin sod-tazobactam so | 10 | PREVYMIS | 39 |
| PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) | 32 | PREZCOBIX | 42 |
| PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) | 32 | PREZISTA | 42 |
| PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) | 32 | PRIFTIN | 23 |
| pirfenidone | 96 | primaquine phosphate | 35 |
| PIRFENIDONE | 96 | primidone | 14 |
| pirmella 1/35 | 70 | PRIORIX | 81 |
| pirmella 7/7/7 | 70 | PRO COMFORT INSULIN SYRINGE | 93 |
| piroxicam | 3 | probenecid | 22 |
| podofilox | 56 | prochlorperazine | 19 |
| polycin | 84 | prochlorperazine maleate | 19 |
| polymyxin b sulfate | 7 | procto-med hc | 55 |
| polymyxin b-trimethoprim | 82 | procto-pak | 55 |
| POMALYST | 24 | proctosol hc | 55 |
| portia-28 | 70 | proctozone-hc | 55 |
| posaconazole | 21 | PROCYSBI | 98 |
| potassium chloride | 58 | progesterone | 73 |
| potassium chloride crys er | 58 | PROGRAF | 79 |
| potassium chloride er | 58 | PROLASTIN-C | 98 |
| potassium chloride in dextrose | 59 | PROLENSA | 83 |
| potassium chloride in nacl | 58 | PROLIA | 60 |
| potassium citrate er | 58 | PROMACTA | 64 |
| pramipexole dihydrochloride | 35 | promethazine hcl | 19,95 |
| prasugrel hcl | 65 | propafenone hcl | 46 |
| pravastatin sodium | 51 | propranolol hcl | 47 |
| praziquantel | 34 | PROPRANOLOL HCL | 47 |
| prazosin hcl | 46 | propranolol hcl er | 47 |
| prednisolone | 74 | PROPRANOLOL-HCTZ | 50 |
| prednisolone acetate | 83 | propylthiouracil | 76 |
| prednisolone sodium phosphate | 74 | PROQUAD | 81 |
| PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE | 83 | protriptyline hcl | 19 |
| prednisone | 74 | PULMICORT FLEXHALER | 95 |
| PREDNISONE INTENSOL | 74 | PULMOZYME | 96 |
| pregabalin | 89 | PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE | 93 |
| PREHEVBRIO | 81 | PURIXAN | 25 |
| PREMARIN | 71 | pyrazinamide | 23 |
| PREMASOL | 58 | pyridostigmine bromide | 23 |

pyridostigmine bromide er 23
 pyrimethamine 35

Q

qc alcohol 93
 QINLOCK 26
 QUADRACEL 81
 quetiapine fumarate 39
 quetiapine fumarate er 39
 quinapril hcl 53
 quinapril-hydrochlorothiazide 50
 quinidine sulfate 46
 quinine sulfate 35

R

ra isopropyl alcohol wipes 93
 RABAVERT 81
 rabeprazole sodium 62
 raloxifene hcl 72
 ramelteon 99
 ramipril 53
 ranolazine er 50
 rasagiline mesylate 36
 reclusen 71
 RECOMBIVAX HB 81
 relafen 3
 RELENZA DISKHALER 40
 RELISTOR 62
 repaglinide 86
 REPATHA 51
 REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 51
 REPATHA SURECLICK 52
 RESTASIS 84
 RESTASIS MULTIDOSE 84
 RETACRIT 64
 RETEVMO 26
 REVLIMID 24
 REXULTI 39
 REYATAZ 42
 REZLIDHIA 32
 REZUROCK 79

RHOPRESSA 84
 ribavirin 40,97
 RIDAURA 77
 rifabutin 23
 rifampin 23
 RIFATER 23
 riluzole 89
 RIMANTADINE HCL 40
 ringers 59
 ringers irrigation 59
 RINVOQ 79
 RINVOQ LQ 79
 risedronate sodium 60
 risperidone 39
 risperidone microspheres er 39
 ritonavir 42
 rivastigmine 16
 rivastigmine tartrate 16
 rizatriptan benzoate 22
 ROCKLATAN 84
 roflumilast 96
 ropinirole hcl 35
 ropinirole hcl er 35
 rosadan 7
 rosuvastatin calcium 51
 ROTARIX 81
 ROTATEQ 81
 roweepra 13
 roweepra xr 13
 ROZLYTREK 27
 RUBRACA 32
 rufinamide 15
 RUKOBIA 44
 RYBELSUS 86
 RYDAPT 32

S

sajazir 76
 SANDIMMUNE 79
 SANDOSTATIN LAR DEPOT 75
 SANTYL 56

| | | | |
|------------------------------|----------|-------------------------------|-------|
| sapropterin dihydrochloride | 98 | sotalol hcl | 46 |
| SCSEMBLIX | 32 | sotalol hcl (af) | 46 |
| scopolamine | 20 | SPIRIVA HANDIHALER | 95 |
| SECUADO | 39 | SPIRIVA RESPIMAT | 95 |
| SECURESAFE INSULIN SYRINGE | 93 | spironolactone | 52 |
| selegiline hcl | 36 | spironolactone-hctz | 50 |
| selenium sulfide | 55 | sprintec 28 | 71 |
| SELZENTRY | 44 | SPRITAM | 13 |
| SEREVENT DISKUS | 96 | SPRYCEL | 32 |
| sertraline hcl | 18 | SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) | 57 |
| setlakin | 71 | sronyx | 71 |
| sevelamer carbonate | 57 | ssd | 56 |
| sharobel | 73 | stavudine | 43 |
| SHINGRIX | 81 | STELARA | 56,77 |
| SIGNIFOR | 75 | sterile water for irrigation | 93 |
| sildenafil citrate | 94 | STIVARGA | 32 |
| SILIGENTLE FOAM DRESSING | 93 | STRENSIQ | 99 |
| silodosin | 63 | STREPTOMYCIN SULFATE | 6 |
| silver sulfadiazine | 56 | STRIBILD | 41 |
| SIMBRINZA | 84 | subvenite | 13 |
| simliya | 71 | SUCRAID | 99 |
| simpesse | 71 | sucrafate | 62 |
| simvastatin | 51 | sulfacetamide sodium | 82 |
| sirolimus | 79 | sulfacetamide sodium (acne) | 11 |
| SIRTURO | 23 | SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE | 84 |
| SKYRIZI | 56,62,77 | sulfadiazine | 11 |
| SKYRIZI (150 MG DOSE) | 77 | sulfamethoxazole-trimethoprim | 11 |
| SKYRIZI PEN | 77 | SULFAMYLON | 54 |
| SMOFLIPID | 59 | sulfasalazine | 59 |
| sodium chloride | 58 | sulindac | 4 |
| sodium chloride (pf) | 58 | sumatriptan | 22 |
| sodium fluoride | 59 | sumatriptan succinate | 22 |
| sodium phenylbutyrate | 98 | sumatriptan succinate refill | 22 |
| sodium polystyrene sulfonate | 57 | sunitinib malate | 32 |
| SOFOSBUVIR-VELPATASVIR | 40 | SUNLENCA | 44 |
| solifenacin succinate | 63 | SUPRAX | 9 |
| SOLTAMOX | 25 | SURE COMFORT PEN NEEDLES | 93 |
| SOMATULINE DEPOT | 75 | syeda | 71 |
| SOMAVERT | 75 | SYMDEKO | 96 |
| sorafenib tosylate | 32 | SYMPAZAN | 14 |
| sorine | 46 | SYMTUZA | 42 |

| | | | |
|------------------------------------|-------|---------------------------------|-------|
| SYNAREL..... | 75 | teriflunomide..... | 88 |
| SYNERCID..... | 7 | TERIPARATIDE (RECOMBINANT)..... | 60 |
| SYNJARDY..... | 86 | testosterone..... | 66 |
| SYNJARDY XR..... | 86 | testosterone cypionate..... | 66 |
| SYNRIBO..... | 27 | TESTOSTERONE ENANTHATE..... | 66 |
| SYNTHROID..... | 75 | tetrabenazine..... | 89 |
| T | | | |
| TABLOID..... | 25 | tetracycline hcl..... | 12 |
| TABRECTA..... | 27 | THALOMID..... | 24 |
| tacrolimus..... | 56,79 | theophylline er..... | 97 |
| tadalafil (pah)..... | 94 | thioridazine hcl..... | 37 |
| TAFINLAR..... | 33 | thiotepa..... | 24 |
| TAGRISSE..... | 33 | thiothixene..... | 37 |
| TALTZ..... | 77 | tiadylt er..... | 48 |
| TALZENNA..... | 33 | tiagabine hcl..... | 14 |
| tamoxifen citrate..... | 25 | TIBSOVO..... | 33 |
| tamsulosin hcl..... | 63 | TICOVAC..... | 81 |
| tarina fe 1/20..... | 71 | tigecycline..... | 7 |
| tarina fe 1/20 eq..... | 71 | timolol maleate..... | 22,83 |
| TASIGNA..... | 33 | tinidazole..... | 8 |
| tasimelteon..... | 99 | tis-u-sol..... | 59 |
| tazarotene..... | 54 | TIVICAY..... | 41 |
| TAZICEF..... | 9 | TIVICAY PD..... | 41 |
| TAZORAC..... | 54 | tizanidine hcl..... | 20 |
| taztia xt..... | 48 | tobramycin..... | 82,96 |
| TAZVERIK..... | 27 | tobramycin sulfate..... | 6 |
| TDVAX..... | 81 | tobramycin-dexamethasone..... | 84 |
| TECHLITE PLUS PEN NEEDLES..... | 93 | TOLAK..... | 56 |
| TEFLARO..... | 9 | TOLBUTAMIDE..... | 86 |
| telmisartan..... | 45 | tolterodine tartrate..... | 63 |
| telmisartan-amlodipine..... | 50 | tolterodine tartrate er..... | 63 |
| telmisartan-hctz..... | 50 | topiramate..... | 13 |
| temazepam..... | 99 | toremifene citrate..... | 25 |
| TEMIXYS..... | 43 | torseamide..... | 52 |
| TENIVAC..... | 81 | TOUJEO MAX SOLOSTAR..... | 88 |
| tenofovir disoproxil fumarate..... | 43 | TOUJEO SOLOSTAR..... | 88 |
| TEPMETKO..... | 33 | TPN ELECTROLYTES..... | 59 |
| terazosin hcl..... | 46 | TRACLEER..... | 94 |
| terbinafine hcl..... | 21 | TRADJENTA..... | 86 |
| terconazole..... | 21 | tramadol hcl..... | 2 |
| | | tramadol hcl er..... | 2 |
| | | tramadol-acetaminophen..... | 2 |

| | | | |
|------------------------------------|-------|-------------------------------------|-------|
| trandolapril..... | 53 | TRUE COMFORT PEN NEEDLES..... | 93 |
| TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER..... | 50 | TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES..... | 93 |
| tranexamic acid..... | 64 | TRULICITY..... | 86 |
| tranylcypromine sulfate..... | 17 | TRUMENBA..... | 81 |
| travoprost (bak free)..... | 83 | TRUQAP..... | 28 |
| trazodone hcl..... | 18 | TUKYSA..... | 33 |
| TRECTOR..... | 23 | tulana..... | 73 |
| TRELEGY ELLIPTA..... | 97 | TURALIO..... | 33 |
| TRELSTAR MIXJECT..... | 76 | turqoz..... | 71 |
| TRESIBA..... | 88 | TWINRIX..... | 81 |
| TRESIBA FLEXTOUCH..... | 88 | TYBOST..... | 44 |
| tretinoin..... | 34,54 | TYMLOS..... | 60 |
| TREXALL..... | 79 | TYPHIM VI..... | 81 |
| tri femynor..... | 71 | TYSABRI..... | 88 |
| tri-estarylla..... | 71 | U | |
| tri-linyah..... | 71 | UBRELVY..... | 22 |
| tri-mili..... | 71 | UKONIQ..... | 33 |
| tri-nymyo..... | 71 | ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE..... | 93 |
| tri-previfem..... | 71 | UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE..... | 93 |
| tri-sprintec..... | 71 | UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE..... | 93 |
| tri-vylibra..... | 71 | unithroid..... | 75 |
| triamcinolone acetonide..... | 45,56 | ursodiol..... | 62 |
| triamterene-hctz..... | 50 | V | |
| triazolam..... | 99 | valacyclovir hcl..... | 41 |
| triderm..... | 56 | VALCHLOR..... | 24 |
| trientine hcl..... | 57 | valganciclovir hcl..... | 39,40 |
| TRIENTINE HCL..... | 57 | valproate sodium..... | 13 |
| trifluoperazine hcl..... | 37 | valproic acid..... | 13 |
| TRIFLURIDINE..... | 41 | valsartan..... | 45 |
| trihexyphenidyl hcl..... | 35 | valsartan-hydrochlorothiazide..... | 50 |
| TRIKAFTA..... | 96 | VALTOCO 10 MG DOSE..... | 14 |
| trilyte..... | 62 | VALTOCO 15 MG DOSE..... | 14 |
| trimethoprim..... | 8 | VALTOCO 20 MG DOSE..... | 14 |
| trimipramine maleate..... | 19 | VALTOCO 5 MG DOSE..... | 14 |
| TRINTELLIX..... | 18 | vanadom..... | 82 |
| TRIUMEQ..... | 43 | vancomycin hcl..... | 8 |
| TRIUMEQ PD..... | 43 | VANDAZOLE..... | 8 |
| trivora (28)..... | 71 | VANFLYTA..... | 27 |
| TRIZIVIR..... | 43 | VAQTA..... | 81 |
| tropium chloride..... | 63 | | |
| TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE..... | 93 | | |

| | |
|--------------------------------|----|
| varenicline tartrate | 5 |
| varenicline tartrate (starter) | 5 |
| varenicline tartrate(continue) | 5 |
| VARIVAX | 81 |
| VAXCHORA | 81 |
| VELIVET | 71 |
| VELTASSA | 57 |
| VENCLEXTA | 33 |
| VENCLEXTA STARTING PACK | 33 |
| venlafaxine hcl | 18 |
| venlafaxine hcl er | 18 |
| VENTAVIS | 94 |
| verapamil hcl | 48 |
| VERAPAMIL HCL ER | 48 |
| verapamil hcl er | 48 |
| VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE | 94 |
| VERIFINE INSULIN SYRINGE | 94 |
| VERIFINE PLUS PEN NEEDLE | 94 |
| VERQUVO | 50 |
| VERSACLOZ | 37 |
| VERZENIO | 33 |
| vestura | 71 |
| VICTOZA | 86 |
| vienva | 71 |
| vigabatrin | 14 |
| vigadrone | 15 |
| VIGAFYDE | 15 |
| vigpoder | 15 |
| VIIBRYD STARTER PACK | 18 |
| vilazodone hcl | 19 |
| viorele | 71 |
| VIRACEPT | 42 |
| VIREAD | 43 |
| VITRAKVI | 33 |
| VIZIMPRO | 33 |
| volnea | 71 |
| VONJO | 28 |
| voriconazole | 21 |
| VOSEVI | 41 |
| VRAYLAR | 39 |
| vyfemla | 71 |

| | |
|----------|----|
| vylibra | 71 |
| VYNDAMAX | 50 |
| VYNDAQEL | 99 |
| VYZULTA | 83 |

W

| | |
|-----------------|----|
| warfarin sodium | 64 |
| WELIREG | 27 |
| wera | 71 |
| wixela inhub | 97 |
| wymzya fe | 71 |

X

| | |
|-----------------------------|-------|
| XALKORI | 33,34 |
| XARELTO | 64 |
| XARELTO STARTER PACK | 64 |
| XATMEP | 79 |
| XCOPRI | 13,14 |
| XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) | 13 |
| XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) | 13 |
| XELJANZ | 77 |
| XELJANZ XR | 80 |
| XERMELO | 61 |
| XGEVA | 60 |
| XIFAXAN | 8 |
| XIGDUO XR | 86,87 |
| XIIDRA | 85 |
| XOFLUZA (40 MG DOSE) | 40 |
| XOFLUZA (80 MG DOSE) | 40 |
| XOLAIR | 77 |
| XOSPATA | 34 |
| XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) | 27 |
| XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) | 27 |
| XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) | 27 |
| XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) | 27 |
| XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) | 27 |
| XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) | 27 |
| XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) | 27 |
| XTANDI | 24 |
| xulane | 71 |
| XYREM | 99 |

Y

| | |
|--------------|----|
| yargesa..... | 99 |
| YF-VAX..... | 81 |
| yuvafem..... | 71 |

Z

| | |
|---------------------------|----|
| zafemy..... | 72 |
| zafirlukast..... | 95 |
| zaleplon..... | 99 |
| zarah..... | 72 |
| ZARXIO..... | 64 |
| zebutal..... | 89 |
| ZEJULA..... | 34 |
| ZELBORAF..... | 34 |
| zenatane..... | 54 |
| ZENPEP..... | 99 |
| zenzedi..... | 90 |
| zidovudine..... | 44 |
| ziprasidone hcl..... | 39 |
| ziprasidone mesylate..... | 39 |
| ZIRGAN..... | 40 |
| zoledronic acid..... | 60 |
| ZOLINZA..... | 27 |
| zolmitriptan..... | 22 |
| zolpidem tartrate..... | 99 |
| zolpidem tartrate er..... | 99 |
| ZONISADE..... | 16 |
| zonisamide..... | 16 |
| zovia 1/35 (28)..... | 72 |
| zovia 1/35e (28)..... | 72 |
| ZTALMY..... | 14 |
| ZUBSOLV..... | 6 |
| zumandimine..... | 72 |
| ZURZUVAE..... | 17 |
| ZYDELIG..... | 34 |
| ZYKADIA..... | 34 |
| ZYLET..... | 85 |
| 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 panggagamot. 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 대해 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 أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول ليس عليك سوى 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 E 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 Italianovi 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 kesyon 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 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。日本語を話す人者が支援いたします。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 lhly3 47 doodago azeé' bee aa lhly3 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'1l j77k'eh bee an1'1wo.

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

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្តល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានា ដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្តល់មាត់ម្នាក់ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-776-4466។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

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 ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-776-4466. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մեզ քոն հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կազմակերպիչի հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ունենալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-800-776-4466 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հարցերին իմացող թարգմանիչը: Ծառայությունն անվճար է:

Farsi ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سوالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارید پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کافیت با ما به شماره 1-800-776-4466 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Thai ภาษาไทย เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-776-4466 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี

Este formulario se actualizó el **10/22/2024** . 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。