Blue Shield 65 Plus Choice Plan (HMO)

Formulario de 2021

(Lista de medicamentos cubiertos)

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

N.° de identificación del formulario 21414, versión **20**

Este formulario se actualizó el **11/22/2021** . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Atención al Cliente de Blue Shield of California al (800) 776-4466 o, para usuarios del sistema TTY, al 711. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., los sábados y domingos), desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. También puede entrar a blueshieldca.com/medFormulary2021.

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 65 Plus Choice Plan.

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que es válida a partir del **11/22/2021** . 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 al beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2022 y de vez en cuando durante el año.

blue california

Y0118_20_589A1_SP_C08252020
11/22/2021

¿Qué es el formulario de Blue Shield 65 Plus Choice Plan?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados entre Blue Shield 65 Plus Choice 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, Blue Shield 65 Plus Choice 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 Blue Shield 65 Plus Choice Plan puede agregar o quitar medicamentos de la lista durante el año, además de moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar restricciones nuevas. Debemos respetar las reglas de Medicare cuando se hacen estos cambios.

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

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Es posible que quitemos de inmediato un medicamento de marca de nuestra lista si lo reemplazamos por un medicamento genérico nuevo que esté en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y que tenga las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el medicamento genérico nuevo, es posible que mantengamos el medicamento de marca en nuestra lista, pero que lo movamos de inmediato a un nivel de costo compartido diferente o que agreguemos restricciones nuevas. Si está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero después le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos hecho.
    - Si hacemos un cambio así, usted o el profesional que le hace las recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Cuando le 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 65 Plus Choice Plan?".

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Medicamentos y Alimentos) 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 le 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 al mercado un medicamento genérico que no sea nuevo 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 ambas cosas. También es posible que hagamos cambios según las pautas clínicas nuevas. Si quitamos medicamentos de nuestro formulario, si le agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado a algún medicamento o si movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos avisarles a los

miembros afectados al menos 30 días antes de la fecha de comienzo del cambio o cuando el miembro pida una repetición del medicamento, momento en el que el miembro recibirá un suministro de 30 días de ese medicamento.

- Si hacemos estos otros cambios, usted o el profesional que le hace las recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Cuando le 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 65 Plus Choice Plan?".

Cambios que no lo afectarán si está tomando un medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2021 que tenía cobertura a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2021, 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 un aviso directo sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, esos cambios sí lo afectarían, y es importante revisar la lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por si hay algún cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto es válido a partir del **11/22/2021**. Comuníquese con nosotros para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Blue Shield 65 Plus Choice 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/medFormulary2021.

¿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 2. 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 2. Después, busque el medicamento en esa categoría.

Por orden alfabético

Si no está seguro en qué categoría buscar su medicamento, revise el índice que empieza en la página **89**. 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?

Blue Shield 65 Plus Choice 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:** Blue Shield 65 Plus Choice Plan exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para algunos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener una aprobación de Blue Shield 65 Plus Choice Plan antes de recibir sus medicamentos recetados. Si no obtiene la aprobación, es posible que Blue Shield 65 Plus Choice Plan no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad:** Para algunos medicamentos, Blue Shield 65 Plus Choice Plan pone un límite en la cantidad de medicamento que Blue Shield 65 Plus Choice Plan cubrirá. Por ejemplo, en el caso del *sumatriptán* (la versión genérica de IMITREX), nuestro plan brinda 18 comprimidos cada 30 días, además de un suministro estándar de un mes o de tres meses.

- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Blue Shield 65 Plus Choice 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 Blue Shield 65 Plus Choice Plan no cubra el medicamento B, a menos que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, Blue Shield 65 Plus Choice 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 2. 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. 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 Blue Shield 65 Plus Choice Plan que haga una excepción con respecto a estos límites o restricciones, o bien puede pedirle una lista de otros medicamentos similares que se puedan usar para tratar su problema de salud. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, lea la sección "¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield 65 Plus Choice Plan?" en la página iv.

¿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 Atención al Cliente y preguntar si su medicamento tiene cobertura.

Si le informan que Blue Shield 65 Plus Choice Plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Atención al Cliente que le envíe una lista de medicamentos similares cubiertos por Blue Shield 65 Plus Choice Plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que cubra nuestro plan.

- Puede pedirle a Blue Shield 65 Plus Choice Plan que haga una excepción y que cubra su medicamento. Lea lo que sigue para obtener información sobre cómo pedir una excepción.

¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield 65 Plus Choice Plan?

Puede pedirle a Blue Shield 65 Plus Choice 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, Blue Shield 65 Plus Choice 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, Blue Shield 65 Plus Choice 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 de Blue Shield 65 Plus Choice Plan.
- Medicamentos de la Parte D anteriormente cubiertos por excepción una vez que termina la excepción.
- Medicamentos de la Parte D que están en el formulario de Blue Shield 65 Plus Choice 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 Blue Shield 65 Plus Choice Plan y de acuerdo con la guía de Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) 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 Atención al Cliente de Blue Shield 65 Plus Choice 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, en blueshieldca.com/medFormulary2021 (seleccione "prior authorization forms" [formularios de autorización previa]). 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 Blue Shield 65 Plus Choice 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 brindaremos 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 alcanzar 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 su cobertura de medicamentos recetados de Blue Shield 65 Plus Choice Plan, lea su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Blue Shield 65 Plus Choice 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), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede entrar a http://www.medicare.gov.

Formulario de Blue Shield 65 Plus Choice Plan

El siguiente formulario brinda información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por Blue Shield 65 Plus Choice Plan. Si tiene algún problema para encontrar su medicamento en la lista, revise el índice que empieza en la página **89** .

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 Blue Shield 65 Plus Choice Plan tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Copagos/Coseguros en la Etapa de Cobertura Inicial para los miembros de Blue Shield 65 Plus Choice Plan en los condados de Riverside y San Bernardino:

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO
1: **Medicamentos genéricos preferidos**	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$0 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 100 días)	$0 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$5 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días)	$5 de copago
2: **Medicamentos genéricos**	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$3 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)	$4.50 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$10 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	$30 de copago
3: **Medicamentos de marca preferidos**	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)	$87.50 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) (suministro de hasta 90 días)	$141 de copago

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO
4: **Medicamentos no preferidos**	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$95 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)	$237.50 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$100 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	$300 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
4	Medicamentos no preferidos
5	Medicamentos especializados

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
QL	Límite de cantidad	Este medicamento está sujeto a un límite de dosis o de cantidad recetada. Los límites máximos de las dosis diarias están definidos por la FDA y figuran en el prospecto del medicamento. Otros límites de cantidad promueven las dosis consolidadas siempre que sea posible.
PA	Autorización previa	La cobertura para este medicamento recetado requiere autorización previa de Blue Shield. Llame a Blue Shield para brindar la información necesaria para determinar la cobertura. Es posible que algunos medicamentos exijan una determinación de cobertura sobre la Parte B o la Parte D, de acuerdo con las normas de cobertura de Medicare. Estos medicamentos están indicados con la frase "PA: Determinación sobre la Parte B o la Parte D".
ST	Tratamiento escalonado	Se brinda cobertura para estos medicamentos recetados cuando se han probado otros tratamientos con medicamentos preferidos o de primera línea (tratamiento escalonado).
LA	Acceso limitado	Es posible que este medicamento recetado esté disponible solamente en determinadas farmacias. Para obtener más información, lea su Directorio de Farmacias o llame a Atención al Cliente.
NDS	Suministro diario sin extensión	La medicación NO está disponible para un suministro a largo plazo.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES

ANALGÉSICOS

ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA

acetaminophen w/ codeine (w/ tab 300-15 mg, w/ tab 300-30 mg)	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml	NIVEL 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
butalbital-acetaminophen-caff w/ cod cap 50-325-40-30 mg	NIVEL 2	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-aspirin-caffeine w/cod	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butorphanol tartrate nasal soln 10 mg/ml	NIVEL 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE (30 MG TAB, TAB 30 MG)	NIVEL 2	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
codeine sulfate (60 mg tab, tab 60 mg)	NIVEL 2	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	NIVEL 2	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
FENTANYL CITRATE (100 MCG TAB, 200 MCG TAB, LOZENGE ON A HANDLE 200 MCG, 400 MCG TAB, LOZENGE ON A HANDLE 400 MCG, 600 MCG TAB, LOZENGE ON A HANDLE 600 MCG, 800 MCG TAB, LOZENGE ON A HANDLE 800 MCG, LOZENGE ON A HANDLE 1200 MCG, LOZENGE ON A HANDLE 1600 MCG)	NIVEL 5	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (tab 7.5-325 mg, tab 10-325 mg)	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml	NIVEL 3	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
hydrocodone-ibuprofen (5-200 mg tab, tab 5-200 mg, tab 7.5-200 mg, tab 10-200 mg)	NIVEL 4	QL (5 PER 1 DAYS), NDS
hydromorphone hcl liqd 1 mg/ml	NIVEL 3	QL (675 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl tab 2 mg	NIVEL 2	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl tab 4 mg	NIVEL 2	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl tab 8 mg	NIVEL 2	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate (15 mg tab, tab 15 mg, 30 mg tab, tab 30 mg)	NIVEL 2	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate oral soln 10 mg/5ml	NIVEL 2	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate oral soln 100 mg/5ml (20 mg/ml)	NIVEL 2	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS

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

ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA

buprenorphine (5 mcg/hr patch wk, td patch weekly 5 mcg/hr, td patch weekly 7.5 mcg/hr, 10 mcg/hr patch wk, td patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr patch wk, td patch weekly 15 mcg/hr, 20 mcg/hr patch wk, td patch weekly 20 mcg/hr)	NIVEL 4	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
fentanyl (patch 72hr 100 mcg/hr, patch 72hr 12 mcg/hr, patch 72hr 25 mcg/hr, patch 72hr 50 mcg/hr, patch 72hr 75 mcg/hr)	NIVEL 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl (10 mg/5ml solution, soln 10 mg/5ml)	NIVEL 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl (10 mg/ml solution, inj 10 mg/ml)	NIVEL 4	PA, NDS
METHADONE HCL (5 MG/5ML SOLUTION, SOLN 5 MG/5ML)	NIVEL 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl tab 10 mg	NIVEL 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl tab 5 mg	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate (tab er 60 mg, tab er 100 mg, tab er 200 mg)	NIVEL 3	QL (60 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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
morphine sulfate tab er 15 mg	NIVEL 3	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate tab er 30 mg	NIVEL 3	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE HCL ER	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS), NDS
OXYCONTIN (10 MG TB12 DETER, 20 MG TB12 DETER, 40 MG TB12 DETER)	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS), NDS
tramadol hcl (tab er 24hr 100 mg, tab er 24hr 200 mg, tab er 24hr 300 mg)	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS
tramadol hcl (tab er 24hr 100 mg, tab er 24hr 200 mg, tab er 24hr 300 mg)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES		
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE 50-325-40 MG TAB	NIVEL 2	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-aspirin-caffeine cap 50-325-40 mg	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
celecoxib (cap 50 mg, cap 100 mg, cap 200 mg)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
celecoxib cap 400 mg	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
diclofenac potassium tab 50 mg	NIVEL 2	
diclofenac sodium (tab delayed release 25 mg, tab delayed release 50 mg, tab delayed release 75 mg, tab er 24hr 100 mg)	NIVEL 2	
diclofenac sodium gel 1%	NIVEL 3	
diflunisal	NIVEL 2	
etodolac	NIVEL 2	
FLURBIPROFEN (50 MG TAB, TAB 50 MG, TAB 100 MG)	NIVEL 2	
ibuprofen (tab 400 mg, tab 600 mg, tab 800 mg)	NIVEL 2	
indomethacin (cap 25 mg, cap 50 mg)	NIVEL 2	PA
indomethacin cap er 75 mg	NIVEL 3	PA
ketoprofen (25 mg cap, 50 mg cap, cap 50 mg, 75 mg cap, cap 75 mg)	NIVEL 2	
MECLOFENAMATE SODIUM	NIVEL 3	
mefenamic acid	NIVEL 4	PA
meloxicam (tab 7.5 mg, tab 15 mg)	NIVEL 2	
nabumetone	NIVEL 2	
naproxen (tab 250 mg, tab 375 mg, tab 500 mg, tab ec 375 mg, tab ec 500 mg)	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y
las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
oxaprozin	NIVEL 4	
piroxicam	NIVEL 2	
sulindac	NIVEL 2	

ANESTÉSICOS

ANESTÉSICOS LOCALES

lidocaine hcl (4 % solution, soln 4%)	NIVEL 2	
lidocaine hcl (mouth-throat)	NIVEL 2	
lidocaine oint 5%	NIVEL 4	QL (50 PER 30 OVER TIME)
lidocaine patch 5%	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%	NIVEL 3	QL (30 PER 30 OVER TIME)
NAYZILAM	NIVEL 5	QL (10 PER 30 OVER TIME)

ANSIOLÍTICOS

ANSIOLÍTICOS, OTROS

buspirone hcl	NIVEL 2	
meprobamate	NIVEL 4	PA

BENZODIACEPINAS

alprazolam (tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 1 mg)	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
alprazolam (tab 2 mg, tab er 24hr 2 mg)	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
alprazolam (tab er 24hr 0.5 mg, tab er 24hr 1 mg, tab er 24hr 3 mg)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
chlordiazepoxide hcl cap 10 mg	NIVEL 2	PA, QL (30 PER 1 DAYS)
chlordiazepoxide hcl cap 25 mg	NIVEL 2	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
chlordiazepoxide hcl cap 5 mg	NIVEL 2	PA, QL (60 PER 1 DAYS)
clonazepam (orally disintegrating tab 0.125 mg, orally disintegrating tab 0.25 mg, orally disintegrating tab 0.5 mg, tab 0.5 mg)	NIVEL 2	QL (40 PER 1 DAYS)
clonazepam (orally disintegrating tab 1 mg, tab 1 mg)	NIVEL 2	QL (20 PER 1 DAYS)
clonazepam (orally disintegrating tab 2 mg, tab 2 mg)	NIVEL 2	QL (10 PER 1 DAYS)
clorazepate dipotassium tab 15 mg	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
clorazepate dipotassium tab 3.75 mg	NIVEL 2	QL (24 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
clorazepate dipotassium tab 7.5 mg	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
diazepam (conc 5 mg/ml, tab 5 mg)	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
diazepam oral soln 1 mg/ml	NIVEL 2	QL (60 PER 1 DAYS)
diazepam tab 10 mg	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
diazepam tab 2 mg	NIVEL 2	QL (30 PER 1 DAYS)
lorazepam (conc 2 mg/ml, tab 2 mg)	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
lorazepam tab 0.5 mg	NIVEL 2	QL (20 PER 1 DAYS)
lorazepam tab 1 mg	NIVEL 2	QL (10 PER 1 DAYS)
oxazepam	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)

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

ANTITABACO, MEDICAMENTOS

bupropion hcl (smoking deterrent)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
CHANTIX STARTING MONTH PAK	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
NICOTROL	NIVEL 4	
NICOTROL NS	NIVEL 3	
VARENICLINE TARTRATE	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)

DEPENDENCIA A OPIOIDES

buprenorphine hcl sl tab 2 mg (base equiv)	NIVEL 2	QL (84 PER 90 OVER TIME)
buprenorphine hcl sl tab 8 mg (base equiv)	NIVEL 2	QL (21 PER 90 OVER TIME)
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate (-naloxone sl film 2-0.5 mg equiv), -naloxone sl film 4-1 mg equiv))	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate (-naloxone sl film 8-2 mg equiv), -naloxone sl tab 8-2 mg equiv))	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)	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)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y
las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN		
acamprosate calcium	NIVEL 2	
disulfiram	NIVEL 2	
REVERTIDORES OPIOIDEOS		
naloxone hcl (inj 0.4 mg/ml, inj 4 mg/10ml, soln prefilled syringe 2 mg/2ml)	NIVEL 2	
NALOXONE HCL 0.4 MG/ML SOLN CART	NIVEL 2	QL (2 PER 30 OVER TIME)
naltrexone hcl	NIVEL 2	
NARCAN	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
ANTIBACTERIANOS		
AMINOGLUCÓSIDOS		
amikacin sulfate inj 500 mg/2ml (250 mg/ml)	NIVEL 4	
gentamicin in saline (0.8-0.9 mg/ml-% solution, 1-0.9 mg/ml-% solution, inj 1.2 mg/ml, 1.6-0.9 mg/ml-% solution)	NIVEL 4	
gentamicin sulfate (topical)	NIVEL 2	
gentamicin sulfate inj 40 mg/ml	NIVEL 4	
neomycin sulfate	NIVEL 2	
paromomycin sulfate	NIVEL 3	
STREPTOMYCIN SULFATE	NIVEL 4	
tobramycin sulfate (for inj 1.2 gm, inj 1.2 gm/30ml (40 mg/ml) (base equiv), 2 gm/50ml solution, 10 mg/ml solution, inj 80 mg/2ml (40 mg/ml) (base equiv))	NIVEL 4	
ANTIBACTERIANOS, OTROS		
acetic acid (otic)	NIVEL 2	
AEMCOLO	NIVEL 4	PA, QL (12 PER 30 OVER TIME)
AZACTAM	NIVEL 4	
AZACTAM IN DEXTROSE 2 GM/50ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
aztreonam	NIVEL 5	
CHLORAMPHENICOL SOD SUCCINATE	NIVEL 4	
CLEOCIN 100 MG SUPPOS	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CLEOCIN PHOSPHATE (300 MG/2ML SOLUTION, 600 MG/4ML SOLUTION)	NIVEL 4	
clindamycin hcl	NIVEL 2	
clindamycin palmitate hydrochloride	NIVEL 3	
clindamycin phosphate	NIVEL 4	
clindamycin phosphate in d5w	NIVEL 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL	NIVEL 4	
clindamycin phosphate swab 1%	NIVEL 2	
clindamycin phosphate vaginal	NIVEL 2	
colistimethate sodium	NIVEL 4	
DALVANCE	NIVEL 5	PA
daptomycin (350 mg recon soln, for iv soln 350 mg, for iv soln 500 mg)	NIVEL 5	
fosfomycin tromethamine	NIVEL 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)
lincomycin hcl	NIVEL 4	
linezolid for susp 100 mg/5ml	NIVEL 5	PA
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE	NIVEL 5	
linezolid iv soln 600 mg/300ml (2 mg/ml)	NIVEL 5	
linezolid tab 600 mg	NIVEL 4	PA
methenamine hippurate	NIVEL 3	
metronidazole (tab 250 mg, tab 500 mg)	NIVEL 2	
metronidazole (topical) (cream, lotion)	NIVEL 3	
METRONIDAZOLE 5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
metronidazole gel 0.75%	NIVEL 2	
metronidazole gel 1%	NIVEL 4	
METRONIDAZOLE IN NACL (0.74% IV SOLN 500 MG/100ML, 0.79% IV SOLN 500 MG/100ML, 500-0.74 MG/100ML-% SOLUTION)	NIVEL 4	
metronidazole vaginal	NIVEL 3	
nitrofurantoin macrocrystal	NIVEL 2	
nitrofurantoin monohyd macro	NIVEL 2	
ORBACTIV	NIVEL 5	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
polymyxin b sulfate	NIVEL 4	
SYNERCID	NIVEL 5	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y
las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
tigecycline (50 mg recon soln, for iv soln 50 mg)	NIVEL 5	
tinidazole	NIVEL 2	
TRIMETHOPRIM (100 MG TAB, TAB 100 MG)	NIVEL 2	
VANCOMYCIN HCL (1.25 GM RECON SOLN, 1.5 GM RECON SOLN, CAP 125 MG (BASE EQUIVALENT), CAP 250 MG (BASE EQUIVALENT), FOR IV SOLN 1 GM (BASE EQUIVALENT), FOR IV SOLN 10 GM (BASE EQUIVALENT), 100 GM RECON SOLN, 250 MG RECON SOLN, FOR IV SOLN 500 MG (BASE EQUIVALENT), 750 MG RECON SOLN, FOR IV SOLN 750 MG (BASE EQUIVALENT))	NIVEL 4	
XIFAXAN 200 MG TAB	NIVEL 5	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, cap 250 mg, 375 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, cap 500 mg)	NIVEL 2	
cefadroxil (1 gm tab, cap 500 mg, tab 1 gm)	NIVEL 2	
cefadroxil (susp 250 mg/5ml, susp 500 mg/5ml)	NIVEL 3	
CEFAZOLIN SODIUM (1 GM RECON SOLN, FOR INJ 1 GM, FOR INJ 10 GM, 20 GM RECON SOLN, 100 GM RECON SOLN, 300 GM RECON SOLN, FOR INJ 500 MG)	NIVEL 4	
cefdinir (cap 300 mg, for susp 125 mg/5ml, for susp 250 mg/5ml)	NIVEL 2	
cefepime hcl (1 gm/50ml solution, for inj 1 gm, 2 gm/100ml solution, for inj 2 gm)	NIVEL 4	
cefixime (cap 400 mg, for susp 100 mg/5ml, for susp 200 mg/5ml)	NIVEL 4	
CEFOTAXIME SODIUM (1 GM RECON SOLN, FOR INJ 1 GM, 2 GM RECON SOLN, 10 GM RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)	NIVEL 4	
cefotetan disodium (inj 1 gm, inj 2 gm)	NIVEL 4	
cefoxitin sodium	NIVEL 4	
cefpodoxime proxetil (for susp 50 mg/5ml, for susp 100 mg/5ml, tab 100 mg, tab 200 mg)	NIVEL 2	
cefprozil (for susp 125 mg/5ml, for susp 250 mg/5ml, tab 250 mg, tab 500 mg)	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ceftazidime	NIVEL 4	
ceftriaxone sodium (inj 1 gm, inj 2 gm, inj 10 gm, inj 250 mg, inj 500 mg, iv soln 1 gm, iv soln 2 gm)	NIVEL 4	
cefuroxime axetil	NIVEL 2	
cefuroxime sodium	NIVEL 4	
cephalexin (for susp 125 mg/5ml, 250 mg tab, cap 250 mg, for susp 250 mg/5ml, 500 mg tab, cap 500 mg)	NIVEL 2	
SUPRAX (100 MG CHEW TAB, 200 MG CHEW TAB, 500 MG/5ML RECON SUSP)	NIVEL 4	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	
TEFLARO	NIVEL 5	
BETALACTÁMICOS, PENICILINAS		
amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg	NIVEL 4	
amoxicillin & pot clavulanate (for susp 200-28.5 mg/5ml, for susp 250-62.5 mg/5ml, for susp 400-57 mg/5ml, for susp 600-42.9 mg/5ml, tab 250-125 mg, tab 500-125 mg, tab 875-125 mg)	NIVEL 2	
amoxicillin (125 mg chew tab, (trihydrate) cap 250 mg, (trihydrate) cap 500 mg, (trihydrate) for susp 125 mg/5ml, (trihydrate) for susp 200 mg/5ml, (trihydrate) for susp 250 mg/5ml, 250 mg chew tab, (trihydrate) for susp 400 mg/5ml, (trihydrate) tab 500 mg, (trihydrate) tab 875 mg)	NIVEL 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE	NIVEL 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER	NIVEL 4	
AMPICILLIN	NIVEL 2	
ampicillin & sulbactam sodium	NIVEL 4	
AMPICILLIN SODIUM (1 GM RECON SOLN, FOR INJ 1 GM, 2 GM RECON SOLN, FOR INJ 2 GM, 125 MG RECON SOLN, FOR INJ 250 MG, FOR INJ 500 MG, FOR IV SOLN 2 GM, FOR IV SOLN 10 GM)	NIVEL 4	
AMPICILLIN-SULBACTAM SODIUM	NIVEL 4	
BICILLIN C-R	NIVEL 4	
BICILLIN C-R 900/300	NIVEL 4	
BICILLIN L-A	NIVEL 4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
dicloxacillin sodium	NIVEL 2	
NAFCILLIN SODIUM (1 GM RECON SOLN, FOR INJ 1 GM, 2 GM RECON SOLN, FOR INJ 2 GM)	NIVEL 4	
nafcillin sodium for iv soln 10 gm	NIVEL 5	
penicillin g potassium	NIVEL 4	
PENICILLIN G SODIUM	NIVEL 4	
penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg/5ml recon soln, tab 250 mg, tab 500 mg)	NIVEL 2	
PFIZERPEN	NIVEL 4	
piperacillin sodium-tazobactam sodium	NIVEL 4	
CARBAPENÉMICOS		
ertapenem sodium	NIVEL 4	
imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, intravenous for soln 250 mg, intravenous for soln 500 mg)	NIVEL 4	
meropenem	NIVEL 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE	NIVEL 4	
MACRÓLIDOS		
azithromycin (1 gm packet, for susp 100 mg/5ml, for susp 200 mg/5ml, tab 250 mg, tab 500 mg, tab 600 mg)	NIVEL 2	
azithromycin iv for soln 500 mg	NIVEL 4	
clarithromycin (tab 250 mg, tab 500 mg)	NIVEL 2	
clarithromycin (tab er 24hr 500 mg, 125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)	NIVEL 3	
E.E.S. 400	NIVEL 4	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	NIVEL 4	
ERYTHROCIN STEARATE	NIVEL 4	
erythromycin base (base 250 mg cp dr part, tab 250 mg, tab 500 mg, tab delayed release 250 mg, tab delayed release 333 mg, tab delayed release 500 mg, w/ delayed release particles cap 250 mg)	NIVEL 4	
erythromycin ethylsuccinate (for susp 200 mg/5ml, 400 mg tab, for susp 400 mg/5ml)	NIVEL 4	
ZMAX	NIVEL 4	QL (60 PER 30 OVER TIME)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
QUINOLONAS		
BAXDELA	NIVEL 5	PA, QL (28 PER 30 OVER TIME)
BESIVANCE	NIVEL 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	NIVEL 3	
ciprofloxacin (susp 250 mg/5ml (5%) (5 gm/100ml), susp 500 mg/5ml (10%) (10 gm/100ml))	NIVEL 3	
ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w	NIVEL 4	
CIPROFLOXACIN 400 MG/40ML SOLUTION	NIVEL 4	
ciprofloxacin hcl (100 mg tab, tab 250 mg (base equiv), tab 500 mg (base equiv), tab 750 mg (base equiv))	NIVEL 2	
ciprofloxacin hcl (ophth)	NIVEL 2	
CIPROFLOXACIN-CIPROFLOX HCL ER	NIVEL 3	
levofloxacin (tab 250 mg, tab 500 mg, tab 750 mg)	NIVEL 2	
levofloxacin in d5w (soln 500 mg/100ml, soln 750 mg/150ml)	NIVEL 4	
levofloxacin iv soln 25 mg/ml	NIVEL 4	
levofloxacin oral soln 25 mg/ml	NIVEL 3	
moxifloxacin hcl tab 400 mg (base equiv)	NIVEL 3	
OFLOXACIN (300 MG TAB, TAB 400 MG)	NIVEL 2	
SULFONAMIDAS		
sulfacetamide sodium (acne)	NIVEL 2	
SULFADIAZINE	NIVEL 3	
sulfamethoxazole-trimethoprim (susp 200-40 mg/5ml, tab 400-80 mg, tab 800-160 mg)	NIVEL 2	
sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml	NIVEL 4	
TETRACICLINAS		
demeclocycline hcl	NIVEL 4	
doxycycline (monohydrate) (cap 50 mg, cap 100 mg)	NIVEL 2	
doxycycline (monohydrate) (tab 50 mg, tab 75 mg, tab 100 mg)	NIVEL 3	
doxycycline hyclate (cap 50 mg, cap 100 mg, tab 20 mg, tab 100 mg)	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y
las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
doxycycline hyclate for inj 100 mg	NIVEL 4	
minocycline hcl (cap 50 mg, cap 75 mg, cap 100 mg)	NIVEL 2	
minocycline hcl (tab 50 mg, tab 75 mg, tab 100 mg)	NIVEL 4	
tetracycline hcl	NIVEL 3	

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 4	ST, QL (20 PER 1 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
divalproex sodium	NIVEL 2	
EPIDIOLEX	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA
felbamate (susp 600 mg/5ml, tab 400 mg, tab 600 mg)	NIVEL 4	
FINTEPLA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (12 PER 1 DAYS)
FYCOMPA (4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 5	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	ST, QL (24 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 2 MG TAB	NIVEL 4	ST, QL (3 PER 1 DAYS)
lamotrigine (tab 25 mg, tab 100 mg, tab 150 mg, tab 200 mg, tab chewable dispersible 5 mg, tab chewable dispersible 25 mg)	NIVEL 2	
lamotrigine (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg, tab 200 mg)	NIVEL 4	
lamotrigine (tab er 24hr 100 mg, tab er 24hr 200 mg)	NIVEL 4	ST, QL (3 PER 1 DAYS)
lamotrigine (tab er 24hr 25 mg, tab er 24hr 50 mg)	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
lamotrigine (tab er 24hr 250 mg, tab er 24hr 300 mg)	NIVEL 4	ST
lamotrigine tab disint 21 x 25 mg & 7 x 50 mg titration kit	NIVEL 4	QL (28 PER 30 OVER TIME)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
lamotrigine tab disint 25 (14) & 50 mg (14) & 100 mg (7) kit	NIVEL 4	QL (35 PER 30 OVER TIME)
lamotrigine tab disint 42 x 50mg & 14 x 100mg titration kit	NIVEL 4	QL (56 PER 30 OVER TIME)
levetiracetam (oral soln 100 mg/ml, tab 250 mg, tab 500 mg, tab 750 mg, tab 1000 mg)	NIVEL 2	
levetiracetam tab er 24hr 500 mg	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
levetiracetam tab er 24hr 750 mg	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
SPRITAM 1000 MG TAB	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 1 DAYS)
SPRITAM 750 MG TAB	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
topiramate (cap er 24hr 100 mg, cap er 24hr 150 mg, cap er 24hr 200 mg, cap er 24hr 25 mg, cap er 24hr 50 mg)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
topiramate (sprinkle cap 15 mg, sprinkle cap 25 mg, tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg, tab 200 mg)	NIVEL 2	
TROKENDI XR 100 MG CAP ER 24H	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
TROKENDI XR 200 MG CAP ER 24H	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
TROKENDI XR 25 MG CAP ER 24H	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (16 PER 1 DAYS)
TROKENDI XR 50 MG CAP ER 24H	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (8 PER 1 DAYS)
valproate sodium inj 100 mg/ml	NIVEL 4	
valproate sodium oral soln 250 mg/5ml (base equiv)	NIVEL 2	
valproic acid	NIVEL 2	
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
XCOPRI (50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
XCOPRI (COPRI 14 150 MG 14 200 MG TAB THPK, COPRI 14 50 MG 14 100 MG TAB THPK)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (28 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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (28 PER 28 OVER TIME)

AUMENTANTES DEL ÁCIDO GAMMAAMINOBUTÍRICO (GABA)

clobazam suspension 2.5 mg/ml	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (16 PER 1 DAYS)
clobazam tab 10 mg	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
clobazam tab 20 mg	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
DIAZEPAM 10 MG GEL	NIVEL 4	QL (20 PER 30 OVER TIME)
DIAZEPAM 2.5 MG GEL	NIVEL 4	QL (5 PER 30 OVER TIME)
DIAZEPAM 20 MG GEL	NIVEL 4	QL (40 PER 30 OVER TIME)
gabapentin (tab 600 mg, tab 800 mg)	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
gabapentin cap 100 mg	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
gabapentin cap 300 mg	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
gabapentin cap 400 mg	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
gabapentin oral soln 250 mg/5ml	NIVEL 2	QL (72 PER 1 DAYS)
phenobarbital (elixir 20 mg/5ml, tab 15 mg, tab 16.2 mg, tab 30 mg, tab 32.4 mg, tab 60 mg, tab 64.8 mg, tab 97.2 mg, tab 100 mg)	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
primidone	NIVEL 2	
SYMPAZAN	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
tiagabine hcl	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VALTOCO 10 MG DOSE	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
vigabatrin	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)

CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS

APTIOM (200 MG TAB, 400 MG TAB)	NIVEL 5	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
APTIOM (600 MG TAB, 800 MG TAB)	NIVEL 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
carbamazepine (cap er 100 mg, cap er 200 mg, cap er 300 mg, tab er 100 mg, tab er 200 mg, tab er 400 mg)	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y
las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
carbamazepine (chew tab 100 mg, susp 100 mg/5ml, tab 200 mg)	NIVEL 2	
DILANTIN (100 MG CAP, 125 MG/5ML SUSPENSION)	NIVEL 4	
DILANTIN 30 MG CAP	NIVEL 3	
DILANTIN INFATABS	NIVEL 3	
oxcarbazepine (tab 150 mg, tab 300 mg, tab 600 mg)	NIVEL 2	
oxcarbazepine susp 300 mg/5ml (60 mg/ml)	NIVEL 3	
PEGANONE	NIVEL 4	
PHENYTEK	NIVEL 4	
phenytoin (chew tab 50 mg, susp 125 mg/5ml)	NIVEL 2	
phenytoin sodium extended	NIVEL 2	
rufinamide susp 40 mg/ml	NIVEL 5	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
rufinamide tab 200 mg	NIVEL 4	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
rufinamide tab 400 mg	NIVEL 4	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
VIMPAT (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	ST, QL (40 PER 1 DAYS)
VIMPAT 200 MG/20ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIMPAT 50 MG TAB	NIVEL 4	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
zonisamide	NIVEL 2	

MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

CELONTIN	NIVEL 3	
ethosuximide (cap 250 mg, soln 250 mg/5ml)	NIVEL 2	

ANTIDEMENCIALES

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

memantine hcl (cap er 24hr 14 mg, cap er 24hr 21 mg, cap er 24hr 28 mg, cap er 24hr 7 mg, oral solution 2 mg/ml, tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack)	NIVEL 3	
memantine hcl (tab 5 mg, tab 10 mg)	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y
las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIDEMENCIALES, OTROS		
ERGOLOID MESYLATES	NIVEL 3	
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		
donepezil hydrochloride (tab 5 mg, tab 10 mg)	NIVEL 1	
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	NIVEL 2	
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	NIVEL 2	
donepezil hydrochloride tab 23 mg	NIVEL 3	ST
galantamine hydrobromide (cap er 24hr 16 mg, cap er 24hr 24 mg, cap er 24hr 8 mg)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
galantamine hydrobromide (tab 4 mg, tab 8 mg, tab 12 mg)	NIVEL 2	
GALANTAMINE HYDROBROMIDE 4 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	
rivastigmine	NIVEL 4	QL (30 PER 30 OVER TIME)
rivastigmine tartrate	NIVEL 2	
ANTIDEPRESIVOS		
ANTIDEPRESIVOS, OTROS		
bupropion hcl (tab 100 mg, tab er 12hr 100 mg)	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
bupropion hcl (tab er 12hr 150 mg, tab er 24hr 150 mg)	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
bupropion hcl tab 75 mg	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
bupropion hcl tab er 12hr 200 mg	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
bupropion hcl tab er 24hr 300 mg	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
LYBALVI	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
MAPROTILINE HCL	NIVEL 2	
mirtazapine	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
olanzapine-fluoxetine hcl (cap 6-25 mg, cap 6-50 mg, cap 12-25 mg, cap 12-50 mg)	NIVEL 4	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	NIVEL 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA

EMSAM	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN	NIVEL 3	
phenelzine sulfate	NIVEL 2	
tranylcypromine sulfate	NIVEL 4	

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

citalopram hydrobromide (tab 10 mg equiv), tab 20 mg equiv), tab 40 mg equiv))	NIVEL 1	
citalopram hydrobromide oral soln 10 mg/5ml	NIVEL 2	
DESVENLAFAXINE ER	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
desvenlafaxine succinate (tab er 24hr 25 mg equiv), tab er 24hr 50 mg equiv))	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
desvenlafaxine succinate tab er 24hr 100 mg (base equiv)	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
escitalopram oxalate (tab 5 mg equiv), tab 10 mg equiv), tab 20 mg equiv))	NIVEL 1	
escitalopram oxalate soln 5 mg/5ml (base equiv)	NIVEL 2	
FETZIMA	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
FETZIMA TITRATION	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (28 PER 30 OVER TIME)
fluoxetine hcl (60 mg tab, tab 60 mg)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
fluoxetine hcl (cap 10 mg, cap 20 mg, cap 40 mg)	NIVEL 1	
FLUOXETINE HCL (PMDD) ((PMDD) 10 MG CAP, (PMDD) 20 MG CAP)	NIVEL 1	
FLUOXETINE HCL (PMDD) ((PMDD) 10 MG TAB, (PMDD) 20 MG TAB)	NIVEL 4	
fluoxetine hcl (tab 10 mg, tab 20 mg)	NIVEL 4	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	NIVEL 4	QL (4 PER 28 OVER TIME)
fluoxetine hcl solution 20 mg/5ml	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
fluvoxamine maleate (cap er 24hr 100 mg, cap er 24hr 150 mg)	NIVEL 4	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
fluvoxamine maleate (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg)	NIVEL 2	
NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, TAB 50 MG, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB, TAB 250 MG)	NIVEL 2	
paroxetine hcl (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 30 mg, tab 40 mg)	NIVEL 1	
paroxetine hcl (tab er 24hr 12.5 mg, tab er 24hr 25 mg, tab er 24hr 37.5 mg)	NIVEL 2	
paroxetine hcl oral susp 10 mg/5ml (base equiv)	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)
PAXIL 10 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)
sertraline hcl (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg)	NIVEL 1	
sertraline hcl oral concentrate for solution 20 mg/ml	NIVEL 2	
trazodone hcl (tab 50 mg, tab 100 mg, tab 150 mg)	NIVEL 2	
trazodone hcl tab 300 mg	NIVEL 3	
TRINTELLIX	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl (cap er 24hr 150 mg equivalent), cap er 24hr 37.5 mg equivalent))	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl (tab 25 mg equivalent), tab 37.5 mg equivalent), tab 50 mg equivalent), tab 75 mg equivalent), tab 100 mg equivalent))	NIVEL 2	
venlafaxine hcl (tab er 24hr 150 mg equivalent), tab er 24hr 225 mg equivalent))	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl cap er 24hr 75 mg (base equivalent)	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl tab er 24hr 37.5 mg (base equivalent)	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl tab er 24hr 75 mg (base equivalent)	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
VIIBRYD	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
VIIBRYD STARTER PACK	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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TRICÍCLICOS		
amitriptyline hcl	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
AMOXAPINE	NIVEL 2	
clomipramine hcl	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
desipramine hcl	NIVEL 2	
doxepin hcl (cap 10 mg, cap 25 mg, cap 50 mg, cap 75 mg, cap 100 mg, conc 10 mg/ml, 150 mg cap)	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
imipramine hcl	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
imipramine pamoate	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
NORTRIPTYLINE HCL (10 MG/5ML SOLUTION, SOLN 10 MG/5ML)	NIVEL 2	
nortriptyline hcl (cap 10 mg, cap 25 mg, cap 50 mg, cap 75 mg)	NIVEL 1	
nortriptyline oral solution (unit dose)	NIVEL 2	
protriptyline hcl	NIVEL 2	
trimipramine maleate	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIEMÉTICOS		
ANTIEMÉTICOS, OTROS		
meclizine hcl (tab 12.5 mg, tab 25 mg)	NIVEL 2	
metoclopramide hcl (soln 5 mg/5ml (10 mg/10ml) equiv), tab 5 mg equivalent), tab 10 mg equivalent))	NIVEL 2	
metoclopramide hcl inj 5 mg/ml (base equivalent)	NIVEL 4	
perphenazine	NIVEL 2	
prochlorperazine	NIVEL 2	
prochlorperazine edisylate inj 10 mg/2ml	NIVEL 4	
prochlorperazine maleate	NIVEL 2	
promethazine hcl (suppos 12.5 mg, suppos 25 mg, suppos 50 mg)	NIVEL 3	PA
promethazine hcl (tab 12.5 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)	NIVEL 2	PA
PROMETHEGAN	NIVEL 3	PA
scopolamine	NIVEL 3	PA

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y
las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGÉNICA		
aprepitant (capsule 80 mg, capsule 125 mg, capsule therapy pack 80 & 125 mg)	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
aprepitant capsule 40 mg	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 30 OVER TIME)
dronabinol	NIVEL 4	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
granisetron hcl (0.1 mg/ml solution, inj 1 mg/ml, inj 4 mg/4ml (1 mg/ml))	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
granisetron hcl tab 1 mg	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination, QL (2 PER 1 DAYS)
ondansetron	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination, QL (3 PER 1 DAYS)
ondansetron hcl (24 mg tab, tab 24 mg)	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination, QL (15 PER 30 OVER TIME)
ondansetron hcl (tab 4 mg, tab 8 mg)	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination, QL (3 PER 1 DAYS)
ondansetron hcl oral soln 4 mg/5ml	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination, QL (30 PER 1 DAYS)
ANTIESPÁSTICOS		
baclofen tab 10 mg	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
baclofen tab 20 mg	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
baclofen tab 5 mg	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
dantrolene sodium (cap 25 mg, cap 50 mg, cap 100 mg)	NIVEL 3	
tizanidine hcl (tab 2 mg equivalent), tab 4 mg equivalent))	NIVEL 2	
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMBISOME	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination
AMPHOTERICIN B	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
caspofungin acetate (50 mg recon soln, for iv soln 50 mg, 70 mg recon soln, for iv soln 70 mg)	NIVEL 5	PA
ciclopirox olamine (cream equiv), susp equiv))	NIVEL 2	
clotrimazole	NIVEL 2	
clotrimazole (topical) (cream, soln)	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y
las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CRESEMBA	NIVEL 5	PA
econazole nitrate	NIVEL 3	
fluconazole (for susp 10 mg/ml, for susp 40 mg/ml, tab 50 mg, tab 100 mg, tab 150 mg, tab 200 mg)	NIVEL 2	
fluconazole in dextrose	NIVEL 4	
fluconazole in nacl	NIVEL 4	
flucytosine	NIVEL 5	
griseofulvin microsize (susp 125 mg/5ml, tab 500 mg)	NIVEL 4	
griseofulvin ultramicrosize	NIVEL 3	
itraconazole cap 100 mg	NIVEL 4	PA
itraconazole oral soln 10 mg/ml	NIVEL 5	PA
JUBLIA	NIVEL 4	PA
ketoconazole	NIVEL 2	
ketoconazole (topical) (cream, shampoo)	NIVEL 2	
micafungin sodium (soln 50 mg, soln 100 mg)	NIVEL 5	
MICONAZOLE 3	NIVEL 2	
NAFTIN 2 % GEL	NIVEL 4	
nystatin (mouth-throat)	NIVEL 2	
nystatin (topical)	NIVEL 2	
nystatin tab 500000 unit	NIVEL 2	
posaconazole	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
terbinafine hcl	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
terconazole vaginal (cream 0.4%, cream 0.8%, suppos 80 mg)	NIVEL 2	
voriconazole (tab 50 mg, tab 200 mg)	NIVEL 4	PA
voriconazole for inj 200 mg	NIVEL 5	
voriconazole for susp 40 mg/ml	NIVEL 5	PA

ANTIGOTOSOS

allopurinol	NIVEL 1	
COLCHICINE (0.6 MG CAP, TAB 0.6 MG)	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
colchicine w/ probenecid	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
COLCRYS	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
febuxostat	NIVEL 3	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
KRYSTEXXA	NIVEL 5	PA, LA
probenecid	NIVEL 2	

ANTIJAQUECOSOS

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

naratriptan hcl	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
rizatriptan benzoate	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan	NIVEL 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE (INJ 6 MG/0.5ML, SOLUTION AUTO-INJECTOR 4 MG/0.5ML, SOLUTION CARTRIDGE 4 MG/0.5ML, 6 MG/0.5ML SOLN PRSYR, SOLUTION AUTO-INJECTOR 6 MG/0.5ML, SOLUTION CARTRIDGE 6 MG/0.5ML)	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg)	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan-naproxen sodium	NIVEL 4	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
zolmitriptan (orally disintegrating tab 2.5 mg, orally disintegrating tab 5 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg)	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)

ALCALOIDES DE ERGOTAMINA

dihydroergotamine mesylate inj 1 mg/ml	NIVEL 4	PA
dihydroergotamine mesylate nasal spray 4 mg/ml	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)
MIGERGOT	NIVEL 4	QL (20 PER 30 OVER TIME)

PROFILÁCTICOS

AIMOVIG	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
AIMOVIG (140 MG DOSE)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
timolol maleate (tab 5 mg, 10 mg tab, tab 10 mg, tab 20 mg)	NIVEL 2	

ANTIMIASTÉNICOS

PARASIMPATICOMIMÉTICOS

GUANIDINE HCL	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
pyridostigmine bromide oral soln 60 mg/5ml	NIVEL 4	QL (1500 PER 30 OVER TIME)
pyridostigmine bromide tab 60 mg	NIVEL 2	QL (25 PER 1 DAYS)
pyridostigmine bromide tab er 180 mg	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)

ANTIMICOBACTERIANOS

ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS

dapsone (tab 25 mg, tab 100 mg)	NIVEL 2	
rifabutin	NIVEL 4	

ANTITUBERCULOSOS

CAPASTAT SULFATE	NIVEL 4	
ethambutol hcl	NIVEL 2	
ISONIAZID (50 MG/5ML SYRUP, 100 MG TAB, TAB 100 MG, TAB 300 MG)	NIVEL 2	
ISONIAZID 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
PASER	NIVEL 4	
PRIFTIN	NIVEL 3	
pyrazinamide	NIVEL 2	
rifampin (cap 150 mg, cap 300 mg)	NIVEL 2	
rifampin for inj 600 mg	NIVEL 4	
RIFATER	NIVEL 4	
SIRTURO 100 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (24 PER 28 OVER TIME)
SIRTURO 20 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (120 PER 28 OVER TIME)
TRECATOR	NIVEL 4	

ANTINEOPLÁSICOS

ALQUILANTES

CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, CAP 25 MG, 50 MG CAP, 50 MG TAB, CAP 50 MG)	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
GLEOSTINE (40 MG CAP, 100 MG CAP)	NIVEL 5	
GLEOSTINE 10 MG CAP	NIVEL 4	
HEXALEN	NIVEL 5	
LEUKERAN	NIVEL 4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MATULANE	NIVEL 5	LA
VALCHLOR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
ANTIANDRÓGENOS		
abiraterone acetate tab 250 mg	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
abiraterone acetate tab 500 mg	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
bicalutamide	NIVEL 2	
ERLEADA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
FLUTAMIDE (125 MG CAP, CAP 125 MG)	NIVEL 3	
nilutamide	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
NUBEQA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
XTANDI (40 MG CAP, 40 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
XTANDI 80 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
ANTIANGIOGÉNICOS		
POMALYST	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
REVLIMID	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
THALOMID (50 MG CAP, 100 MG CAP)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES		
EMCYT	NIVEL 4	
fulvestrant (250 mg/5ml solution, inj 250 mg/5ml)	NIVEL 5	
SOLTAMOX	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tamoxifen citrate	NIVEL 2	
toremifene citrate	NIVEL 5	
ANTIMETABOLITOS		
DROXIA	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
hydroxyurea	NIVEL 2	
INQOVI	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (5 PER 28 OVER TIME)
mercaptopurine	NIVEL 2	
PURIXAN	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA
TABLOID	NIVEL 3	

ANTINEOPLÁSICOS, OTROS

AYVAKIT	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
BRUKINSA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
EXKIVITY	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
FOTIVDA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (21 PER 28 OVER TIME)
IDHIFA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
INREBIC	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (70 PER 28 OVER TIME)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (91 PER 28 OVER TIME)
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (49 PER 28 OVER TIME)
KOSELUGO 10 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
KOSELUGO 25 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
leucovorin calcium (inj 100 mg, inj 350 mg)	NIVEL 4	
leucovorin calcium (tab 5 mg, tab 10 mg, tab 15 mg, tab 25 mg)	NIVEL 2	
levoleucovorin calcium (for inj 50 mg equ), soln pf 175 mg/17.5ml equ), soln pf 250 mg/25ml equ))	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 15-6.14 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (100 PER 28 OVER TIME)
LONSURF 20-8.19 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (80 PER 28 OVER TIME)
LUMAKRAS	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (8 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LYSODREN	NIVEL 5	
NINLARO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 21 OVER TIME)
ONUREG	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (14 PER 28 OVER TIME)
QINLOCK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
RETEVMO 40 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (6 PER 1 DAYS)
RETEVMO 80 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
ROZLYTREK 100 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (5 PER 1 DAYS)
ROZLYTREK 200 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 1 DAYS)
SYNRIBO	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination
TABRECTA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
TAZVERIK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
WELIREG	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (20 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (16 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (12 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (24 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, 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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (32 PER 28 OVER TIME)
ZOLINZA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO		
mesna	NIVEL 4	
MESNEX 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
MESNEX 400 MG TAB	NIVEL 5	
INHIBIDORES DE ENZIMAS		
GAVRETO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN		
anastrozole	NIVEL 2	
exemestane	NIVEL 3	
letrozole	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES		
AFINITOR 10 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
AFINITOR DISPERZ	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALECENSA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
ALUNBRIG 30 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
BALVERSA 3 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
BALVERSA 4 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
BALVERSA 5 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BOSULIF 100 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
BRAFTOVI 50 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
BRAFTOVI 75 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
CABOMETYX	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
CALQUENCE	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
CAPRELSA 100 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
CAPRELSA 300 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
COPIKTRA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (56 PER 28 OVER TIME)
COTELLIC	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (63 PER 28 OVER TIME)
DAURISMO 100 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
DAURISMO 25 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ERIVEDGE	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
erlotinib hcl (tab 100 mg equivalent), tab 150 mg equivalent))	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
erlotinib hcl tab 25 mg (base equivalent)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 1 DAYS)
everolimus (tab 2.5 mg, tab 5 mg)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
everolimus (tab 7.5 mg, tab 10 mg)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
everolimus (tab susp 2 mg, tab susp 3 mg, tab susp 5 mg)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
FARYDAK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 21 OVER TIME)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
GILOTRIF	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
IBRANCE	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (21 PER 28 OVER TIME)
ICLUSIG (10 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
ICLUSIG 15 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
imatinib mesylate tab 100 mg (base equivalent)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (8 PER 1 DAYS)
imatinib mesylate tab 400 mg (base equivalent)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
IMBRUVICA (70 MG CAP, 280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
IMBRUVICA 140 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
INLYTA 1 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
INLYTA 5 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
IRESSA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
JAKAFI	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
KISQALI (200 MG DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (21 PER 28 OVER TIME)
KISQALI (400 MG DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (42 PER 28 OVER TIME)
KISQALI (600 MG DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (63 PER 28 OVER TIME)
lapatinib ditosylate	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
LORBRENA 100 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
LORBRENA 25 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
MEKINIST 0.5 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
MEKINIST 2 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
MEKTOVI	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
NERLYNX	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
NEXAVAR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
ODOMZO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
PEMAZYRE	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (14 PER 21 OVER TIME)
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
RUBRACA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
RYDAPT	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (8 PER 1 DAYS)
SPRYCEL (100 MG TAB, 140 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
SPRYCEL (70 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
SPRYCEL 20 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, 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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SPRYCEL 50 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 1 DAYS)
STIVARGA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
sunitinib malate (cap 37.5 mg equivalent), cap 50 mg equivalent))	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
sunitinib malate cap 12.5 mg (base equivalent)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (7 PER 1 DAYS)
sunitinib malate cap 25 mg (base equivalent)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 1 DAYS)
TAFINLAR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
TAGRISSO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
TALZENNA 0.25 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
TALZENNA 1 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
TASIGNA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
TEPMETKO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
TIBSOVO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (21 PER 28 OVER TIME)
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (42 PER 28 OVER TIME)
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (42 PER 28 OVER TIME)
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (63 PER 28 OVER TIME)
TUKYSA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
TURALIO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
UKONIQ	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VENCLEXTA 10 MG TAB	NIVEL 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
VENCLEXTA 100 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, 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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VENCLEXTA 50 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
VENCLEXTA STARTING PACK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (84 PER 365 OVER TIME)
VERZENIO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
VITRAKVI 100 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (10 PER 1 DAYS)
VITRAKVI 25 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
VIZIMPRO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
VOTRIENT	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
XALKORI	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
XOSPATA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ZEJULA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ZELBORAF	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
ZYDELIG	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
ZYKADIA 150 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ZYKADIA 150 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 1 DAYS)
RETINOIDES		
bexarotene	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (10 PER 1 DAYS)
PANRETIN	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TARGRETIN 1 % GEL	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (60 PER 30 OVER TIME)
tretinoin (chemotherapy)	NIVEL 5	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIPARASITARIOS		
ANTIHELMÍNTICOS		
albendazole	NIVEL 4	
ivermectin tab 3 mg	NIVEL 2	QL (16 PER 365 OVER TIME)
praziquantel	NIVEL 3	
ANTIPROTOZOICOS		
ALINIA	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 3 OVER TIME)
atovaquone	NIVEL 5	PA
atovaquone-proguanil hcl	NIVEL 2	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	NIVEL 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	NIVEL 4	QL (720 PER 365 OVER TIME)
CHLOROQUINE PHOSPHATE (500 MG TAB, TAB 500 MG)	NIVEL 2	QL (25 PER 30 OVER TIME)
chloroquine phosphate tab 250 mg	NIVEL 2	QL (50 PER 30 OVER TIME)
COARTEM	NIVEL 3	QL (24 PER 2 OVER TIME)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 100 MG TAB	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 300 MG TAB	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 400 MG TAB	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate tab 200 mg	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
KRINTAFEL	NIVEL 4	QL (4 PER 28 OVER TIME)
mefloquine hcl	NIVEL 2	
nitazoxanide	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
pentamidine isethionate for nebulization soln 300 mg	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
pentamidine isethionate for soln 300 mg	NIVEL 3	
primaquine phosphate (26.3 base) mg tab, tab 26.3 mg mg base))	NIVEL 2	
pyrimethamine	NIVEL 5	PA
quinine sulfate	NIVEL 3	PA, QL (6 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIPARKINSONIANOS		
AGONISTAS DE LA DOPAMINA		
APOKYN	NIVEL 5	PA, LA
bromocriptine mesylate	NIVEL 2	
NEUPRO	NIVEL 4	QL (30 PER 30 OVER TIME)
pramipexole dihydrochloride (tab 0.125 mg, tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 0.75 mg, tab 1 mg, tab 1.5 mg)	NIVEL 2	
pramipexole dihydrochloride (tab er 24hr 0.375 mg, tab er 24hr 0.75 mg, tab er 24hr 1.5 mg, tab er 24hr 2.25 mg, tab er 24hr 3 mg, tab er 24hr 3.75 mg, tab er 24hr 4.5 mg)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ropinirole hydrochloride (tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg, tab 3 mg, tab 4 mg, tab 5 mg)	NIVEL 2	
ropinirole hydrochloride (tab er 24hr 2 mg equivalent), tab er 24hr 4 mg equivalent), tab er 24hr 6 mg equivalent))	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ropinirole hydrochloride tab er 24hr 12 mg (base equivalent)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
ropinirole hydrochloride tab er 24hr 8 mg (base equivalent)	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
ANTICOLINÉRGICOS		
benztropine mesylate (tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)	NIVEL 2	
benztropine mesylate inj 1 mg/ml	NIVEL 4	
trihexyphenidyl hcl (oral soln 0.4 mg/ml, tab 2 mg, tab 5 mg)	NIVEL 2	
ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
amantadine hcl (cap 100 mg, soln 50 mg/5ml, syrup 50 mg/5ml, tab 100 mg)	NIVEL 2	
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE	NIVEL 4	
entacapone	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)		
rasagiline mesylate	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
selegiline hcl (5 mg tab, cap 5 mg, tab 5 mg)	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PRECURSORES DE LA DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA L-AMINOÁCIDO DESCARBOXILASA		
carbidopa	NIVEL 5	
carbidopa-levodopa (carbidopa & levodopa orally disintegrating tab 10-100 mg, carbidopa & levodopa orally disintegrating tab 25-100 mg, carbidopa & levodopa orally disintegrating tab 25-250 mg, carbidopa & levodopa tab 10-100 mg, carbidopa & levodopa tab 25-100 mg, carbidopa & levodopa tab 25-250 mg, carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg, carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg, carbidopa-levodopa 10-100 mg tab disp, carbidopa-levodopa 25-100 mg tab disp, carbidopa-levodopa 25-250 mg tab disp)	NIVEL 2	
ANTIPSICÓTICOS		
PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS		
chlorpromazine hcl (inj 25 mg/ml, tab 10 mg, tab 25 mg, 30 mg/ml conc, 50 mg/2ml solution, tab 50 mg, 100 mg/ml conc, tab 100 mg, tab 200 mg)	NIVEL 4	
fluphenazine decanoate	NIVEL 4	
fluphenazine hcl (tab 1 mg, 2.5 mg/5ml elixir, tab 2.5 mg, 5 mg/ml conc, tab 5 mg, tab 10 mg)	NIVEL 2	
FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
haloperidol	NIVEL 2	
haloperidol decanoate	NIVEL 3	
haloperidol lactate	NIVEL 3	
loxapine succinate	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	NIVEL 3	
thioridazine hcl	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
thiothixene	NIVEL 2	
trifluoperazine hcl	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
RESISTENTES AL TRATAMIENTO		
CLOZAPINE (12.5 MG TAB DISP, ORALLY DISINTEGRATING TAB 25 MG, ORALLY DISINTEGRATING TAB 100 MG, 150 MG TAB DISP, 200 MG TAB DISP)	NIVEL 4	
clozapine (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg, tab 200 mg)	NIVEL 2	
VERSACLOZ	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (18 PER 1 DAYS)
SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS		
ABILIFY MAINTENA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
aripiprazole (tab 10 mg, tab 15 mg)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
aripiprazole (tab 10 mg, tab 15 mg, tab 20 mg, tab 30 mg)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	NIVEL 4	QL (25 PER 1 DAYS)
aripiprazole tab 2 mg	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
aripiprazole tab 5 mg	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ARISTADA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ARISTADA INITIO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2.4 PER 42 OVER TIME)
asenapine maleate	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
CAPLYTA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
FANAPT (6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
FANAPT TITRATION PACK	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (8 PER 30 OVER TIME)
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3.5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (0.75 PER 28 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 28 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1.5 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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (0.25 PER 28 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (0.5 PER 28 OVER TIME)
INVEGA TRINZA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 30 OVER TIME)
LATUDA (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
LATUDA (80 MG TAB, 120 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
NUPLAZID 17 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
olanzapine (for im inj 10 mg, orally disintegrating tab 5 mg, orally disintegrating tab 10 mg, orally disintegrating tab 15 mg, orally disintegrating tab 20 mg)	NIVEL 4	
olanzapine (tab 2.5 mg, tab 5 mg, tab 7.5 mg, tab 10 mg, tab 15 mg, tab 20 mg)	NIVEL 2	
paliperidone (tab er 24hr 1.5 mg, tab er 24hr 3 mg, tab er 24hr 9 mg)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
paliperidone tab er 24hr 6 mg	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
PERSERIS	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 28 OVER TIME)
quetiapine fumarate (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg, tab 200 mg, tab 300 mg, tab 400 mg)	NIVEL 2	
quetiapine fumarate (tab er 24hr 150 mg, tab er 24hr 200 mg, tab er 24hr 300 mg, tab er 24hr 400 mg, tab er 24hr 50 mg)	NIVEL 3	
REXULTI	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
RISPERDAL CONSTA (25 MG, 37.5 MG, 50 MG)	NIVEL 5	
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG SRER	NIVEL 4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
risperidone (0.25 mg tab disp, orally disintegrating tab 0.5 mg, orally disintegrating tab 1 mg, orally disintegrating tab 2 mg, orally disintegrating tab 3 mg, orally disintegrating tab 4 mg, soln 1 mg/ml, tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg, tab 3 mg, tab 4 mg)	NIVEL 2	
SECUADO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
VRAYLAR (1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (7 PER 30 OVER TIME)
ziprasidone hcl	NIVEL 2	
ziprasidone mesylate	NIVEL 4	
ZYPREXA RELPREVV	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIVÍRICOS

ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)

valganciclovir hcl for soln 50 mg/ml (base equiv)	NIVEL 5	QL (18 PER 1 DAYS)
valganciclovir hcl tab 450 mg (base equivalent)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ZIRGAN	NIVEL 4	QL (5 PER 30 OVER TIME)

ANTIGRIPALES

oseltamivir phosphate cap 30 mg (base equiv)	NIVEL 2	QL (120 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate cap 45 mg (base equiv)	NIVEL 2	QL (42 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate cap 75 mg (base equiv)	NIVEL 2	QL (60 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate for susp 6 mg/ml (base equiv)	NIVEL 4	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL	NIVEL 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE)	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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIHEPATÍTICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)		
adefovir dipivoxil	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (21 PER 1 DAYS)
entecavir	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	
lamivudine (hbv)	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	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)
PEGINTRON	NIVEL 5	
RIBASPHERE	NIVEL 2	
ribavirin (hepatitis c)	NIVEL 2	
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VOSEVI	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
ANTIHERPÉTICOS		
acyclovir (cap 200 mg, tab 400 mg, tab 800 mg)	NIVEL 2	
acyclovir sodium iv soln 50 mg/ml	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
acyclovir susp 200 mg/5ml	NIVEL 4	
famciclovir	NIVEL 2	
trifluridine (1 % solution, ophth soln 1%)	NIVEL 3	
valacyclovir hcl	NIVEL 2	
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)		
BIKTARVY	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA	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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	NIVEL 3	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	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD	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	NIVEL 4	QL (5 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)
atazanavir sulfate (cap 150 mg equiv), cap 200 mg equiv))	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
atazanavir sulfate cap 300 mg (base equiv)	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)
EVOTAZ	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
fosamprenavir calcium	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
INVIRASE 200 MG CAP	NIVEL 5	QL (10 PER 1 DAYS)
INVIRASE 500 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (56 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)	NIVEL 4	QL (13 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg	NIVEL 4	QL (10 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg	NIVEL 4	QL (4 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	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 600 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PREZISTA 800 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS)
ritonavir	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA	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	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DELSTRIGO	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
efavirenz cap 200 mg	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
efavirenz cap 50 mg	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
efavirenz tab 600 mg	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
etravirine tab 100 mg	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
etravirine tab 200 mg	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
nevirapine tab 200 mg	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
nevirapine tab er 24hr 100 mg	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
nevirapine tab er 24hr 400 mg	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PIFELTRO	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
RESCRIPTOR 100 MG TAB	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
RESCRIPTOR 200 MG TAB	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)

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

abacavir sulfate soln 20 mg/ml (base equiv)	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
abacavir sulfate tab 300 mg (base equiv)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
abacavir sulfate-lamivudine	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
CIMDUO	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DESCOVY	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DIDANOSINE (200 MG CAP DR, DELAYED RELEASE CAPSULE 200 MG, 250 MG CAP DR, DELAYED RELEASE CAPSULE 250 MG, 400 MG CAP DR, DELAYED RELEASE CAPSULE 400 MG)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
emtricitabine	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (24 PER 1 DAYS)
lamivudine oral soln 10 mg/ml	NIVEL 2	QL (30 PER 1 DAYS)
lamivudine tab 150 mg	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
lamivudine tab 300 mg	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
lamivudine-zidovudine	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
STAVUDINE (15 MG CAP, CAP 15 MG, 20 MG CAP, CAP 20 MG, 30 MG CAP, CAP 30 MG, 40 MG CAP, CAP 40 MG)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
TEMIXYS	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
tenofovir disoproxil fumarate	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIDEX	NIVEL 3	
VIDEX EC 125 MG CAP DR	NIVEL 3	QL (1 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)
ZERIT 1 MG/ML RECON SOLN	NIVEL 3	QL (80 PER 1 DAYS)
zidovudine cap 100 mg	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
zidovudine syrup 10 mg/ml	NIVEL 2	QL (60 PER 1 DAYS)
zidovudine tab 300 mg	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS

CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, QL (4 PER 30 OVER TIME)
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, QL (6 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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FUZEON	NIVEL 5	QL (60 PER 30 OVER TIME)
RUKOBIA	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY (75 MG TAB, 150 MG TAB)	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 300 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
TYBOST	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

BIPOLARES

ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO

LITHIUM	NIVEL 2	
lithium carbonate (150 mg cap, cap 150 mg, 300 mg cap, cap 300 mg, cap 600 mg, tab 300 mg, tab er 300 mg, tab er 450 mg, 600 mg cap)	NIVEL 2	

BUCODENTALES

cevimeline hcl	NIVEL 3	
chlorhexidine gluconate (mouth-throat)	NIVEL 2	
KEPIVANCE	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination
pilocarpine hcl (oral)	NIVEL 3	
triamcinolone acetonide (mouth)	NIVEL 3	

CARDIOVASCULARES

AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA

clonidine	NIVEL 3	
clonidine hcl	NIVEL 1	
droxidopa cap 100 mg	NIVEL 5	PA, QL (252 PER 90 OVER TIME)
droxidopa cap 200 mg	NIVEL 5	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME)
droxidopa cap 300 mg	NIVEL 5	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
guanfacine hcl	NIVEL 2	
methyldopa (250 mg tab, tab 250 mg, 500 mg tab, tab 500 mg)	NIVEL 2	
midodrine hcl	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
candesartan cilexetil	NIVEL 1	
EDARBI	NIVEL 4	ST
EPROSARTAN MESYLATE	NIVEL 1	QL (1 PER 1 DAYS)
irbesartan	NIVEL 1	
losartan potassium	NIVEL 1	
olmesartan medoxomil	NIVEL 1	
telmisartan	NIVEL 1	
valsartan	NIVEL 1	
ANTIARRÍTMICOS		
amiodarone hcl (tab 100 mg, tab 200 mg, tab 400 mg)	NIVEL 2	
disopyramide phosphate	NIVEL 2	
dofetilide	NIVEL 4	
flecainide acetate	NIVEL 2	
mexiletine hcl	NIVEL 2	
MULTAQ	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
propafenone hcl (cap er 225 mg, cap er 325 mg, cap er 425 mg)	NIVEL 4	
propafenone hcl (tab 150 mg, tab 225 mg, tab 300 mg)	NIVEL 2	
QUINIDINE GLUCONATE 80 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
quinidine gluconate tab er 324 mg	NIVEL 4	
QUINIDINE SULFATE	NIVEL 2	
sotalol hcl	NIVEL 2	
sotalol hcl (afib/afl)	NIVEL 2	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA		
doxazosin mesylate	NIVEL 2	
prazosin hcl	NIVEL 2	
terazosin hcl	NIVEL 1	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
acebutolol hcl	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
atenolol	NIVEL 1	
betaxolol hcl	NIVEL 2	
bisoprolol fumarate	NIVEL 2	
carvedilol	NIVEL 1	
carvedilol phosphate	NIVEL 3	ST
labetalol hcl (tab 100 mg, tab 200 mg, tab 300 mg)	NIVEL 2	
metoprolol succinate	NIVEL 1	
metoprolol tartrate (tab 25 mg, tab 37.5 mg, tab 50 mg, tab 75 mg, tab 100 mg)	NIVEL 1	
nadolol	NIVEL 2	
nebivolol hcl	NIVEL 3	
pindolol	NIVEL 2	
propranolol hcl (cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 160 mg, cap er 24hr 60 mg, cap er 24hr 80 mg, oral soln 20 mg/5ml, tab 10 mg, tab 20 mg, 40 mg/5ml solution, tab 40 mg, tab 60 mg, tab 80 mg)	NIVEL 2	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS		
amlodipine besylate	NIVEL 1	
felodipine	NIVEL 2	
isradipine	NIVEL 3	
nicardipine hcl (cap 20 mg, cap 30 mg)	NIVEL 2	
nifedipine	NIVEL 2	
nimodipine	NIVEL 4	
nisoldipine	NIVEL 4	
NISOLDIPINE ER	NIVEL 4	
NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (1260 PER 21 OVER TIME)
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS		
diltiazem hcl (cap er 12hr 120 mg, cap er 12hr 60 mg, cap er 12hr 90 mg, cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 180 mg, cap er 24hr 240 mg, tab 30 mg, tab 60 mg, tab 90 mg, tab 120 mg)	NIVEL 2	
diltiazem hcl coated beads	NIVEL 2	
diltiazem hcl extended release beads	NIVEL 2	
verapamil hcl (cap er 24hr 100 mg, cap er 24hr 200 mg, cap er 24hr 300 mg)	NIVEL 4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
verapamil hcl (cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 180 mg, cap er 24hr 240 mg)	NIVEL 3	
verapamil hcl (tab 40 mg, tab 80 mg, tab 120 mg, tab er 120 mg, tab er 180 mg, tab er 240 mg)	NIVEL 2	
VERAPAMIL HCL ER	NIVEL 4	
CARDIOVASCULARES, OTROS		
acetazolamide (tab 125 mg, tab 250 mg)	NIVEL 2	
aliskiren fumarate	NIVEL 4	PA
amiloride & hydrochlorothiazide	NIVEL 2	
amlodipine besylate-atorvastatin calcium	NIVEL 2	
amlodipine besylate-benazepril hcl	NIVEL 1	
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil	NIVEL 1	
amlodipine besylate-valsartan	NIVEL 1	
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
atenolol & chlorthalidone	NIVEL 1	
benazepril & hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
BENAZEPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	NIVEL 1	
BIDIL	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
bisoprolol & hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
BYVALSON	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	NIVEL 1	
CORLANOR (5 MG TAB, 7.5 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
digoxin (0.05 mg/ml solution, oral soln 0.05 mg/ml)	NIVEL 2	
digoxin tab 125 mcg (0.125 mg)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
digoxin tab 250 mcg (0.25 mg)	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
EDARBYCLOR	NIVEL 4	ST
enalapril maleate & hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
ENTRESTO	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
irbesartan-hydrochlorothiazide	NIVEL 1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
lisinopril & hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
losartan potassium & hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE	NIVEL 2	
metoprolol & hydrochlorothiazide	NIVEL 2	
METOPROLOL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	NIVEL 2	
metyrosine	NIVEL 5	
moexipril-hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
pentoxifylline	NIVEL 2	
PROPRANOLOL-HCTZ	NIVEL 2	
quinapril-hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
ranolazine	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
spironolactone & hydrochlorothiazide	NIVEL 2	
telmisartan-amlodipine	NIVEL 1	
telmisartan-hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
trandolapril-verapamil hcl	NIVEL 1	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER	NIVEL 1	
triamterene & hydrochlorothiazide (tab 37.5-25 mg, tab 75-50 mg)	NIVEL 1	
triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg	NIVEL 2	
valsartan-hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
VYNDAMAX	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)

DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO

choline fenofibrate	NIVEL 2	
fenofibrate (tab 48 mg, tab 54 mg, tab 145 mg, tab 160 mg)	NIVEL 2	
fenofibrate micronized (cap 43 mg, cap 130 mg)	NIVEL 2	ST
fenofibrate micronized (cap 67 mg, cap 134 mg, cap 200 mg)	NIVEL 2	
FENOFIBRIC ACID	NIVEL 2	
gemfibrozil	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DISLIPIDÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HIDROXIMETILGLUTARIL-COENZIMA A (HMG-COA) REDUCTASA		
atorvastatin calcium	NIVEL 1	
fluvastatin sodium (cap 20 mg equivalent), cap 40 mg equivalent))	NIVEL 1	
fluvastatin sodium tab er 24 hr 80 mg (base equivalent)	NIVEL 2	
lovastatin	NIVEL 1	
pravastatin sodium	NIVEL 1	
rosuvastatin calcium	NIVEL 1	
simvastatin	NIVEL 1	
DISLIPIDÉMICOS, OTROS		
cholestyramine (powder 4 gm/dose, powder packets 4 gm)	NIVEL 2	
cholestyramine light (powder 4 gm/dose, powder packets 4 gm)	NIVEL 2	
colesevelam hcl	NIVEL 3	
colestipol hcl (granule packets 5 gm, granules 5 gm)	NIVEL 3	
colestipol hcl tab 1 gm	NIVEL 2	
ezetimibe	NIVEL 2	
ezetimibe-simvastatin	NIVEL 4	
icosapent ethyl	NIVEL 4	
JUXTAPID	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
niacin (antihyperlipidemic) (tab er 750 mg (antihyperlipidemic), tab er 1000 mg (antihyperlipidemic))	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	NIVEL 3	
niacin tab er 500 mg (antihyperlipidemic)	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR	NIVEL 3	
omega-3-acid ethyl esters	NIVEL 3	
REPATHA	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	NIVEL 4	PA, QL (3.5 PER 28 OVER TIME)
REPATHA SURECLICK	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
VASCEPA 0.5 GM CAP	NIVEL 4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO		
amiloride hcl	NIVEL 2	
eplerenone	NIVEL 3	
spironolactone	NIVEL 1	
DIURÉTICOS, ASA		
bumetanide (tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)	NIVEL 2	
bumetanide inj 0.25 mg/ml	NIVEL 4	
furosemide (8 mg/ml solution, oral soln 10 mg/ml, tab 20 mg, tab 40 mg, tab 80 mg)	NIVEL 1	
furosemide inj 10 mg/ml	NIVEL 4	
torsemide	NIVEL 2	
DIURÉTICOS, TIAZIDAS		
CHLOROTHIAZIDE (250 MG TAB, 500 MG TAB, TAB 500 MG)	NIVEL 2	
chlorthalidone	NIVEL 2	
DIURIL	NIVEL 4	
hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
indapamide	NIVEL 2	
METHYCLOTHIAZIDE	NIVEL 3	
metolazone	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)		
benazepril hcl	NIVEL 1	
captopril	NIVEL 1	
enalapril maleate (tab 2.5 mg, tab 5 mg, tab 10 mg, tab 20 mg)	NIVEL 1	
fosinopril sodium	NIVEL 1	
lisinopril	NIVEL 1	
moexipril hcl	NIVEL 1	
perindopril erbumine	NIVEL 1	
quinapril hcl	NIVEL 1	
ramipril	NIVEL 1	
trandolapril	NIVEL 1	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y
las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA		
hydralazine hcl (tab 10 mg, tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg)	NIVEL 2	
minoxidil	NIVEL 2	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
isosorbide dinitrate	NIVEL 2	
ISOSORBIDE DINITRATE ER	NIVEL 2	
isosorbide mononitrate	NIVEL 2	
NITRO-BID	NIVEL 3	
nitroglycerin (sl tab 0.3 mg, sl tab 0.4 mg, sl tab 0.6 mg, td patch 24hr 0.1 mg/hr, td patch 24hr 0.2 mg/hr, td patch 24hr 0.4 mg/hr, td patch 24hr 0.6 mg/hr)	NIVEL 2	
nitroglycerin tl soln 0.4 mg/spray (400 mcg/spray)	NIVEL 4	
NITROSTAT	NIVEL 3	
RECTIV	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
DERMATOLÓGICOS		
ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
acitretin	NIVEL 4	
adapalene (cream 0.1%, gel 0.1%, gel 0.3%)	NIVEL 3	PA
benzoyl peroxide-erythromycin	NIVEL 3	
clindamycin phosphate-benzoyl peroxide (refrigerate)	NIVEL 3	
clindamycin phosphate-benzoyl peroxide gel 1-5%	NIVEL 2	
isotretinoin (cap 10 mg, cap 20 mg, cap 30 mg, cap 40 mg)	NIVEL 4	
tazarotene cream 0.1%	NIVEL 4	
TAZORAC 0.05 % CREAM	NIVEL 4	
tretinoin (cream 0.025%, cream 0.05%, cream 0.1%, gel 0.01%, gel 0.025%)	NIVEL 3	PA
tretinoin microsphere	NIVEL 4	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS		
acyclovir oint 5%	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
BACTROBAN NASAL	NIVEL 4	
ciclopirox gel 0.77%	NIVEL 4	
ciclopirox shampoo 1%	NIVEL 3	
ciclopirox solution 8%	NIVEL 2	
clindamycin phosphate (topical) (gel, lotion, soln)	NIVEL 2	
DENAVIR	NIVEL 5	PA, QL (5 PER 30 OVER TIME)
ERY	NIVEL 2	
erythromycin (acne aid) (gel, pads, soln)	NIVEL 2	
mupirocin	NIVEL 2	
SULFAMYLON 85 MG/GM CREAM	NIVEL 4	
DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
alclometasone dipropionate oint 0.05%	NIVEL 2	
ANUSOL-HC	NIVEL 2	
betamethasone dipropionate (topical) (cream, lotion)	NIVEL 2	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUG	NIVEL 4	
betamethasone dipropionate augmented oint 0.05%	NIVEL 4	
betamethasone valerate (cream equivalent), lotion equivalent), oint equivalent))	NIVEL 2	
CAPEX	NIVEL 4	
clobetasol propionate (cream, soln)	NIVEL 2	
clobetasol propionate (gel, oint)	NIVEL 3	
clobetasol propionate (lotion, shampoo)	NIVEL 4	
clobetasol propionate emollient base	NIVEL 2	
desonide (cream, oint)	NIVEL 2	ST
desoximetasone (cream, oint)	NIVEL 2	
desoximetasone cream 0.05%	NIVEL 4	
fluocinolone acetonide (cream 0.01%, cream 0.025%, oint 0.025%)	NIVEL 2	
fluocinolone acetonide (oil (body oil), oil (scalp oil))	NIVEL 4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
fluocinonide (cream, gel, oint, soln)	NIVEL 2	
fluocinonide emulsified base	NIVEL 2	
fluticasone propionate (cream 0.05%, oint 0.005%)	NIVEL 2	
halobetasol propionate (cream, oint)	NIVEL 2	QL (200 PER 28 OVER TIME)
hydrocortisone (rectal)	NIVEL 2	
hydrocortisone (topical) (cream 1%, cream 2.5%, lotion 2.5%, oint 1%, oint 2.5%)	NIVEL 2	
HYDROCORTISONE BUTYRATE (0.1 % SOLUTION, SOLN 0.1%)	NIVEL 3	ST
hydrocortisone valerate cream 0.2%	NIVEL 2	ST
lactic acid (ammonium lactate) (lactate) cream, lactate) lotion)	NIVEL 2	
mometasone furoate solution 0.1% (lotion)	NIVEL 2	
selenium sulfide lotion 2.5%	NIVEL 2	
tacrolimus (topical)	NIVEL 3	ST, QL (100 PER 30 OVER TIME)
triamcinolone acetonide (topical) (cream 0.025%, cream 0.1%, cream 0.5%, lotion 0.025%, lotion 0.1%, oint 0.025%, oint 0.1%, oint 0.5%)	NIVEL 2	
triamcinolone acetonide aerosol soln 0.147 mg/gm	NIVEL 4	ST
DERMATOLÓGICOS, OTROS		
bimatoprost (topical)	NIVEL 3	ST, QL (5 PER 30 DAYS)
calcipotriene (cream, oint, soln (50 mcg/ml))	NIVEL 3	
calcipotriene-betamethasone dipropionate oint 0.005-0.064%	NIVEL 4	PA
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	NIVEL 4	
clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%	NIVEL 2	
clotrimazole w/ betamethasone lotion 1-0.05%	NIVEL 4	
CONDYLOX	NIVEL 4	
CORTISPORIN 1 % OINTMENT	NIVEL 4	
diclofenac sodium (actinic keratoses)	NIVEL 5	PA, QL (300 PER 365 OVER TIME)
DUOBRII	NIVEL 5	PA, QL (200 PER 28 OVER TIME)
FLUOROURACIL (2 % SOLUTION, 5 % SOLUTION)	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
fluorouracil (topical)	NIVEL 3	
imiquimod cream 5%	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
METHOXSALEN RAPID (10 MG CAP, CAP 10 MG)	NIVEL 5	
nystatin-triamcinolone	NIVEL 3	
podofilox	NIVEL 2	
REGRANEX	NIVEL 5	PA, QL (15 PER 2 OVER TIME)
SANTYL	NIVEL 3	QL (180 PER 30 OVER TIME)
silver sulfadiazine	NIVEL 2	
TOLAK	NIVEL 3	

PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS

LINDANE	NIVEL 4	
malathion	NIVEL 3	
permethrin	NIVEL 2	

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES

CHEMET	NIVEL 4	
deferasirox (tab 90 mg, tab 180 mg, tab 360 mg, tab for oral susp 125 mg, tab for oral susp 250 mg, tab for oral susp 500 mg)	NIVEL 5	
deferiprone	NIVEL 5	PA, LA
FERRIPROX (100 MG/ML SOLUTION, 1000 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA
FERRIPROX TWICE-A-DAY	NIVEL 5	PA, LA
trientine hcl	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)

QUELANTES DE FOSFATO

AURYXIA	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
calcium acetate (phosphate binder)	NIVEL 2	
lanthanum carbonate	NIVEL 5	
sevelamer carbonate (packet 0.8 gm, packet 2.4 gm)	NIVEL 5	
sevelamer carbonate tab 800 mg	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
QUELANTES DE POTASIO		
*sodium polystyrene sulfonate (*sodium powder**, sodium oral susp 15 gm/60ml)*	NIVEL 2	
sodium polystyrene sulfonate rectal susp 30 gm/120ml	NIVEL 4	
SPS	NIVEL 2	
VELTASSA	NIVEL 3	
SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES		
amino acid electrolyte infusion	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
amino acid infusion	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMINOSYN	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMINOSYN II	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMINOSYN-HBC	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMINOSYN-PF	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMINOSYN-RF	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMINOSYN/ELECTROLYTES	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
CARBAGLU	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	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
INTRALIPID	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
ISOLYTE-P IN D5W	NIVEL 4	
ISOLYTE-S	NIVEL 4	
ISOLYTE-S PH 7.4	NIVEL 4	
KCL IN DEXTROSE-NACL	NIVEL 4	
NORMOSOL-M IN D5W	NIVEL 4	
NORMOSOL-R	NIVEL 4	
NORMOSOL-R PH 7.4	NIVEL 4	
NUTRILIPID	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
PLASMA-LYTE 148	NIVEL 4	
PLASMA-LYTE A	NIVEL 4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
POTASSIUM CHLORIDE (2 MEQ/ML SOLUTION, INJ 2 MEQ/ML, 10 MEQ/100ML SOLUTION, INJ 10 MEQ/100ML, 20 MEQ/100ML SOLUTION, INJ 20 MEQ/100ML, 40 MEQ/100ML SOLUTION, INJ 40 MEQ/100ML)	NIVEL 4	
potassium chloride (cap er 8, cap er 10, tab er 8 (600 mg), tab er 10, tab er 20 (1500 mg))	NIVEL 2	
potassium chloride (soln 10% (20 meq/15ml), soln 20% (40 meq/15ml))	NIVEL 3	
POTASSIUM CHLORIDE ER	NIVEL 2	
potassium chloride in dextrose & sodium chloride	NIVEL 4	
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL (KCL 20 MEQ/L (0.15%)0.45% INJ, KCL 20 MEQ/L (0.15%)0.9% INJ, KCL 40 MEQ/L (0.3%)0.9% INJ, POTASSIUM CHLORIDE20-0.45 MEQ/L-% SOLUTION, POTASSIUM CHLORIDE40-0.9 MEQ/L-% SOLUTION)	NIVEL 4	
potassium chloride microencapsulated crystals er	NIVEL 2	
potassium citrate (alkalinizer) (tab er 5 (540 mg), tab er 10 (1080 mg))	NIVEL 2	
potassium citrate tab er 15 meq (1620 mg)	NIVEL 3	
PREMASOL	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
sodium chloride (0.9 % solution, inj 2.5 meq/ml (14.6%), iv soln 0.45%, iv soln 0.9%, iv soln 3%, iv soln 5%, preservative free (pf) inj 0.9%)	NIVEL 4	
sodium fluoride (chew tab 0.25 mg f 0.55 mg naf), chew tab 0.5 mg f 1.1 mg naf), chew tab 1 mg f 2.2 mg naf))	NIVEL 1	

VITAMINAS

dextrose (inj 5%, inj 10%)	NIVEL 4	
dextrose in lactated ringers	NIVEL 4	
dextrose w/ sodium chloride	NIVEL 4	
DEXTROSE-NACL	NIVEL 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	NIVEL 4	
lactated ringer's	NIVEL 4	
lactated ringer's (irrigation)	NIVEL 2	
LACTATED RINGERS	NIVEL 4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
levocarnitine tab 330 mg	NIVEL 2	
NEONATAL PLUS	NIVEL 3	
potassium chloride in dextrose (20 meq/l (0.15%)5% inj, 40-5 meq/l-% solution)	NIVEL 4	
prenatal vitamins	NIVEL 3	
ringer's	NIVEL 4	
ringer's irrigation	NIVEL 2	
SMOFLIPID	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
sodium fluoride soln 0.5 mg/ml f (from 1.1 mg/ml naf)	NIVEL 1	
TPN ELECTROLYTES	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

AMINOSALICILATOS

balsalazide disodium	NIVEL 2	
DIPENTUM	NIVEL 5	PA
mesalamine cap er 24hr 0.375 gm	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
mesalamine enema 4 gm	NIVEL 2	
mesalamine suppos 1000 mg	NIVEL 5	
mesalamine tab delayed release 1.2 gm	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
mesalamine w/ cleanser	NIVEL 4	
sulfasalazine	NIVEL 2	

GLUCOCORTICOIDES

budesonide delayed release particles cap 3 mg	NIVEL 4	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
budesonide tab er 24hr 9 mg	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
CORTIFOAM	NIVEL 4	
hydrocortisone	NIVEL 2	
hydrocortisone (intrarectal)	NIVEL 3	

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

alendronate sodium (tab 5 mg, tab 10 mg, tab 35 mg, 40 mg tab, tab 70 mg)	NIVEL 1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
alendronate sodium oral soln 70 mg/75ml	NIVEL 2	
calcitonin (salmon) nasal soln 200 unit/act	NIVEL 2	QL (3.7 PER 30 OVER TIME)
calcitriol (cap 0.25 mcg, cap 0.5 mcg)	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
calcitriol oral soln 1 mcg/ml	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
cinacalcet hcl (tab 60 mg equiv), tab 90 mg equiv))	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination
cinacalcet hcl tab 30 mg (base equiv)	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
doxercalciferol (cap 0.5 mcg, cap 1 mcg, cap 2.5 mcg, inj 4 mcg/2ml (2 mcg/ml))	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
ETIDRONATE DISODIUM	NIVEL 3	
ibandronate sodium iv soln 3 mg/3ml (base equivalent)	NIVEL 4	PA
ibandronate sodium tab 150 mg (base equivalent)	NIVEL 2	
NATPARA	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
pamidronate disodium (iv soln 3 mg/ml, 6 mg/ml solution, iv soln 9 mg/ml)	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
paricalcitol (cap 1 mcg, cap 2 mcg, cap 4 mcg)	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
paricalcitol (soln 2 mcg/ml, soln 5 mcg/ml)	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
PROLIA	NIVEL 4	PA
risedronate sodium (tab 5 mg, tab 30 mg, tab 35 mg, tab 150 mg)	NIVEL 3	ST
risedronate sodium tab delayed release 35 mg	NIVEL 4	ST
TYMLOS	NIVEL 5	PA, QL (1.56 PER 28 OVER TIME)
XGEVA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1.7 PER 28 OVER TIME)
zoledronic acid (4 mg recon soln, 4 mg/100ml solution, inj conc for iv infusion 4 mg/5ml, iv soln 5 mg/100ml)	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination

GASTROINTESTINALES

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)

cimetidine	NIVEL 2	
CIMETIDINE HCL (300 MG/5ML SOLUTION, SOLN 300 MG/5ML)	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
famotidine (tab 20 mg, tab 40 mg)	NIVEL 2	
NIZATIDINE (150 MG CAP, CAP 150 MG, 300 MG CAP, CAP 300 MG)	NIVEL 2	
PEPCID 40 MG TAB	NIVEL 2	
ranitidine hcl inj 50 mg/2ml (25 mg/ml)	NIVEL 4	

ANTIDIARREICOS

alosetron hcl	NIVEL 5	PA
diphenoxylate w/ atropine	NIVEL 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE	NIVEL 2	
loperamide hcl	NIVEL 2	

ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES

ATROPINE SULFATE (0.5 MG/5ML SOLN PRSYR, SOLN PREFILL SYR 0.5 MG/5ML (0.1 MG/ML), 1 MG/10ML SOLN PRSYR, SOLN PREFILL SYR 1 MG/10ML (0.1 MG/ML))	NIVEL 4	
dicyclomine hcl (cap 10 mg, tab 20 mg)	NIVEL 2	PA
dicyclomine hcl oral soln 10 mg/5ml	NIVEL 4	PA
glycopyrrolate (tab 1 mg, tab 2 mg)	NIVEL 2	
methscopolamine bromide	NIVEL 3	
PROPANTHELINE BROMIDE	NIVEL 4	PA

ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL

AMITIZA	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
lactulose (encephalopathy)	NIVEL 2	
lactulose solution 10 gm/15ml	NIVEL 2	
LINZESS	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
MOVANTIK	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride	NIVEL 2	
RELISTOR (8 MG/0.4ML SOLUTION, 12 MG/0.6ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA
SUPREP BOWEL PREP KIT	NIVEL 3	

GASTROINTESTINALES, OTROS

GATTEX	NIVEL 5	PA, LA
GAVILYTE-C	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MYALEPT	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate	NIVEL 2	
ursodiol (cap 300 mg, tab 250 mg, tab 500 mg)	NIVEL 3	

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

DEXILANT	NIVEL 3	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
esomeprazole magnesium (cap 20 mg eq), cap 40 mg eq))	NIVEL 3	
esomeprazole sodium for intravenous soln 40 mg (base equiv)	NIVEL 4	
lansoprazole (cap 15 mg, cap 30 mg)	NIVEL 2	
omeprazole	NIVEL 2	
pantoprazole sodium (ec tab 20 mg equiv), ec tab 40 mg equiv))	NIVEL 2	
pantoprazole sodium for iv soln 40 mg (base equiv)	NIVEL 4	
rabeprazole sodium ec tab 20 mg	NIVEL 2	

PROTECTORES

misoprostol	NIVEL 2	
sucralfate tab 1 gm	NIVEL 2	

GENITOURINARIOS

ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS

flavoxate hcl	NIVEL 2	
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	
oxybutynin chloride (syrup 5 mg/5ml, tab 5 mg, tab er 24hr 10 mg, tab er 24hr 15 mg, tab er 24hr 5 mg)	NIVEL 2	
solifenacin succinate	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
tolterodine tartrate	NIVEL 2	ST
trospium chloride cap er 24hr 60 mg	NIVEL 3	
trospium chloride tab 20 mg	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
GENITOURINARIOS, OTROS		
bethanechol chloride	NIVEL 2	
ELMIRON	NIVEL 5	
penicillamine tab 250 mg	NIVEL 5	PA
THIOLA EC	NIVEL 5	PA, LA
tiopronin	NIVEL 5	PA
HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
alfuzosin hcl	NIVEL 2	
dutasteride	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
dutasteride-tamsulosin hcl	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
finasteride	NIVEL 1	
silodosin	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
tamsulosin hcl	NIVEL 1	
HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES		
ANTICOAGULANTES		
ELIQUIS 2.5 MG TAB	NIVEL 3	
ELIQUIS 5 MG TAB	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	NIVEL 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
enoxaparin sodium (inj 100 mg/ml, inj 150 mg/ml, inj 300 mg/3ml)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 OVER TIME)
enoxaparin sodium (inj 80 mg/0.8ml, inj 120 mg/0.8ml)	NIVEL 4	QL (48 PER 30 OVER TIME)
enoxaparin sodium inj 30 mg/0.3ml	NIVEL 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
enoxaparin sodium inj 40 mg/0.4ml	NIVEL 4	QL (24 PER 30 OVER TIME)
enoxaparin sodium inj 60 mg/0.6ml	NIVEL 4	QL (36 PER 30 OVER TIME)
fondaparinux sodium subcutaneous inj 10 mg/0.8ml	NIVEL 5	QL (24 PER 30 OVER TIME)
fondaparinux sodium subcutaneous inj 2.5 mg/0.5ml	NIVEL 4	QL (15 PER 30 OVER TIME)
fondaparinux sodium subcutaneous inj 5 mg/0.4ml	NIVEL 5	QL (12 PER 30 OVER TIME)
fondaparinux sodium subcutaneous inj 7.5 mg/0.6ml	NIVEL 5	QL (18 PER 30 OVER TIME)
FRAGMIN (2500 UNIT/0.2ML SOLUTION, 5000 UNIT/0.2ML SOLUTION)	NIVEL 4	QL (6 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FRAGMIN 10000 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
FRAGMIN 12500 UNIT/0.5ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (15 PER 30 DAYS)
FRAGMIN 15000 UNIT/0.6ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (18 PER 30 DAYS)
FRAGMIN 18000 UNT/0.72ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (21.6 PER 30 DAYS)
FRAGMIN 7500 UNIT/0.3ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (9 PER 30 DAYS)
FRAGMIN 95000 UNIT/3.8ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (22.8 PER 30 DAYS)
heparin sodium (porcine) ((porcine) inj 1000 unit/ml, (porcine) inj 5000 unit/ml, (porcine) inj 10000 unit/ml, (porcine) inj 20000 unit/ml)	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
IPRIVASK	NIVEL 5	QL (24 PER 68 OVER TIME)
PRADAXA	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
warfarin sodium	NIVEL 1	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XARELTO STARTER PACK	NIVEL 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
ZONTIVITY	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS

anagrelide hcl	NIVEL 3	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (FREE) 10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, FREE) 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, FREE) 25 MCG/ML SOLUTION, FREE) 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, FREE) 40 MCG/ML SOLUTION, FREE) 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, FREE) 60 MCG/ML SOLUTION)	NIVEL 4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (FREE) 100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, FREE) 100 MCG/ML SOLUTION, FREE) 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, FREE) 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, FREE) 200 MCG/ML SOLUTION, FREE) 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, FREE) 300 MCG/ML SOLUTION, FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
LEUKINE	NIVEL 5	PA
MOZOBIL	NIVEL 5	PA, LA
NEULASTA	NIVEL 5	PA
NEULASTA ONPRO	NIVEL 5	PA
PROMACTA (12.5 MG PACKET, 12.5 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y
las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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)	NIVEL 4	PA
RETACRIT 40000 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA
ZARXIO	NIVEL 5	PA

HEMOSTÁTICOS

tranexamic acid iv soln 1000 mg/10ml (100 mg/ml)	NIVEL 4	
tranexamic acid tab 650 mg	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

MODIFICADORES PLAQUETARIOS

aspirin-dipyridamole	NIVEL 4	
BRILINTA	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
CABLIVI	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
cilostazol	NIVEL 2	
clopidogrel bisulfate tab 75 mg (base equiv)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
dipyridamole (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 75 mg)	NIVEL 2	PA
OXBRYTA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
prasugrel hcl	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
TAVALISSE	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

desmopressin acetate (inj 4 mcg/ml, preservative free (pf) inj 4 mcg/ml)	NIVEL 4	
desmopressin acetate (tab 0.1 mg, tab 0.2 mg)	NIVEL 2	
desmopressin acetate spray	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
desmopressin acetate spray refrigerated	NIVEL 3	
EGRIFTA	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
EGRIFTA SV	NIVEL 5	PA, LA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
INCRELEX	NIVEL 5	PA, LA
NORDITROPIN FLEXPRO	NIVEL 5	PA
SEROSTIM	NIVEL 5	PA, LA

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

ANDRÓGENOS

ANDRODERM	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
danazol	NIVEL 3	
TESTOSTERONE (12.5 MG/ACT (1%) GEL, TD GEL 12.5 MG/ACT (1%), 25 MG/2.5GM (1%) GEL, TD GEL 25 MG/2.5GM (1%), 50 MG/5GM (1%) GEL, TD GEL 50 MG/5GM (1%))	NIVEL 3	PA, QL (300 PER 30 OVER TIME)
testosterone (gel 20.25 mg/act (1.62%), gel 40.5 mg/2.5gm (1.62%))	NIVEL 4	PA, QL (150 PER 30 OVER TIME)
TESTOSTERONE CYPIONATE (IM INJ IN OIL 100 MG/ML, 200 MG/ML SOLUTION, IM INJ IN OIL 200 MG/ML)	NIVEL 3	
testosterone enanthate (200 mg/ml solution, im inj in oil 200 mg/ml)	NIVEL 4	QL (5 PER 30 OVER TIME)
testosterone td gel 20.25 mg/1.25gm (1.62%)	NIVEL 4	PA, QL (37.5 PER 30 OVER TIME)

ESTEROIDES ANABOLIZANTES

ANADROL-50	NIVEL 5	
oxandrolone	NIVEL 3	PA

ESTRÓGENOS

ALORA	NIVEL 4	PA, QL (16 PER 28 OVER TIME)
CLIMARA PRO	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
COMBIPATCH	NIVEL 4	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
DEPO-ESTRADIOL	NIVEL 4	
desogestrel & ethinyl estradiol	NIVEL 2	
desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic)	NIVEL 2	
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg	NIVEL 3	
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg	NIVEL 2	
estradiol & norethindrone acetate	NIVEL 3	PA
estradiol (patch 0.025 mg/24hr, patch 0.0375 mg/24hr (37.5 mcg/24hr), patch 0.05 mg/24hr, patch 0.06 mg/24hr, patch 0.075 mg/24hr, patch 0.1 mg/24hr)	NIVEL 2	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
estradiol (patch 0.025 mg/24hr, patch 0.0375 mg/24hr, patch 0.05 mg/24hr, patch 0.075 mg/24hr, patch 0.1 mg/24hr)	NIVEL 2	PA, QL (16 PER 28 OVER TIME)
estradiol (tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)	NIVEL 2	PA
estradiol vaginal (cream 0.1 mg/gm, tab 10 mcg)	NIVEL 2	
estradiol valerate	NIVEL 4	
ESTRING	NIVEL 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
ESTROPIPATE	NIVEL 2	PA
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg	NIVEL 2	
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg	NIVEL 3	
etonogestrel-ethinyl estradiol	NIVEL 2	QL (1 PER 28 OVER TIME)
FEMRING	NIVEL 4	QL (1 PER 84 OVER TIME)
levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)	NIVEL 3	
levonorgestrel & eth estradiol	NIVEL 2	
levonorgestrel-eth estradiol (triphasic)	NIVEL 2	
levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day) (levonorg-eth tab 0.1-0.02mg(84) eth tab 0.01mg(7), levonorgrel ethinyl radiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg)	NIVEL 2	
levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous)	NIVEL 2	
MENEST	NIVEL 4	PA
norelgestromin-ethinyl estradiol	NIVEL 4	
norethin acet & estrad-fe (tab 1 mg-20 mcg, tab 1.5 mg-30 mcg)	NIVEL 2	
norethindrone & eth estradiol (tab 0.4 mcg, tab 1 mcg)	NIVEL 2	
norethindrone & ethinyl estradiol tab 0.5 mg-35 mcg	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg	NIVEL 2	
norethindrone ace-ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg (24)	NIVEL 4	
norethindrone acet & eth estra	NIVEL 2	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol	NIVEL 2	PA
norethindrone-eth estradiol tab 0.5-35/0.75-35/1-35 mg-mcg	NIVEL 2	
norethindrone-eth estradiol tab 0.5-35/1-35/0.5-35 mg-mcg	NIVEL 3	
norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg	NIVEL 2	
norgestimate-ethinyl estradiol	NIVEL 2	
norgestrel & ethinyl estradiol	NIVEL 2	
PREMARIN (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)	NIVEL 4	PA
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	NIVEL 3	
PREMPHASE	NIVEL 4	PA
PREMPRO	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS

OSPHENA	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
raloxifene hcl	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)

PROGESTINAS

DEPO-PROVERA 400 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	
HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE 1.25 GM/5ML SOLUTION	NIVEL 5	
medroxyprogesterone acetate	NIVEL 2	
medroxyprogesterone acetate (contraceptive)	NIVEL 3	
megestrol acetate (appetite)	NIVEL 4	PA
megestrol acetate (susp 40 mg/ml, tab 20 mg, tab 40 mg)	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
norethindrone (contraceptive)	NIVEL 2	
norethindrone acetate	NIVEL 2	
progesterone (cap 100 mg, cap 200 mg)	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y
las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

ACTHAR	NIVEL 5	PA, LA
alclometasone dipropionate cream 0.05%	NIVEL 2	
betamethasone dipropionate augmented (cream, lotion)	NIVEL 2	
betamethasone dipropionate oint 0.05%	NIVEL 2	
CORTISONE ACETATE	NIVEL 2	
DEXAMETHASONE (0.5 MG/5ML SOLUTION, ELIXIR 0.5 MG/5ML, TAB 0.5 MG, TAB 0.75 MG, 1 MG TAB, TAB 1.5 MG, 2 MG TAB, TAB 4 MG, TAB 6 MG)	NIVEL 2	
dexamethasone sodium phosphate (inj 4 mg/ml, inj 20 mg/5ml, inj 120 mg/30ml)	NIVEL 4	
dexamethasone sodium phosphate (sod preservative free inj 10 mg/ml, sodium inj 10 mg/ml, sodium inj 100 mg/10ml)	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
fludrocortisone acetate	NIVEL 2	
HEMADY	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
hydrocortisone butyrate oint 0.1%	NIVEL 3	ST
hydrocortisone valerate oint 0.2%	NIVEL 2	
KORLYM	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
MEDROL 2 MG TAB	NIVEL 3	
methylprednisolone	NIVEL 2	
methylprednisolone acetate (inj susp 40 mg/ml, inj susp 80 mg/ml)	NIVEL 4	
methylprednisolone sod succ (inj 40 mg equiv), inj 125 mg equiv))	NIVEL 4	
MILLIPRED 5 MG TAB	NIVEL 4	
mometasone furoate (cream, oint)	NIVEL 2	
PREDNICARBATE (0.1 % CREAM, 0.1 % OINTMENT, CREAM 0.1%)	NIVEL 2	
prednisolone (15 mg/5ml solution, syrup 15 mg/5ml (usp solution equivalent))	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
prednisolone sodium phosphate (sod phosph oral soln 6.7 mg/5ml (5 mg/5ml base), sod phosphate oral soln 15 mg/5ml (base equiv), sodium phosphate 25 mg/5ml solution)	NIVEL 2	
prednisone (tab 1 mg, tab 2.5 mg, 5 mg/5ml solution, tab 5 mg, tab 10 mg, tab 20 mg, tab 50 mg, tab therapy pack 5 mg (21), tab therapy pack 5 mg (48), tab therapy pack 10 mg (21), tab therapy pack 10 mg (48))	NIVEL 2	
PREDNISONE INTENSOL	NIVEL 3	
SOLU-CORTEF 100 MG RECON SOLN	NIVEL 4	
SOLU-CORTEF 250 MG RECON SOLN	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
SOLU-MEDROL 2 GM RECON SOLN	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

levothyroxine sodium (tab 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)	NIVEL 1	
liothyronine sodium (tab 5 mcg, tab 25 mcg, tab 50 mcg)	NIVEL 2	
SYNTHROID	NIVEL 3	
TIROSINT	NIVEL 4	

HORMONALES, SUPRESORES (HIPOFISARIOS)

cabergoline	NIVEL 3	QL (16 PER 30 OVER TIME)
ELIGARD	NIVEL 4	
FIRMAGON	NIVEL 4	
FIRMAGON (240 MG DOSE)	NIVEL 5	
leuprolide acetate	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	NIVEL 5	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	NIVEL 5	
octreotide acetate (50 mcg/ml soln prsyr, inj 50 mcg/ml (0.05 mg/ml), 100 mcg/ml soln prsyr, inj 100 mcg/ml (0.1 mg/ml), 200 mcg/ml solution, inj 200 mcg/ml (0.2 mg/ml))	NIVEL 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE (500 MCG/ML SOLN PRSYR, INJ 500 MCG/ML (0.5 MG/ML), 1000 MCG/ML SOLUTION, INJ 1000 MCG/ML (1 MG/ML))	NIVEL 5	PA
ORGOVYX	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
SANDOSTATIN LAR DEPOT	NIVEL 5	PA
SIGNIFOR	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
SOMATULINE DEPOT	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOMAVERT	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNAREL	NIVEL 5	

HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

ANTITIROIDEOS

methimazole	NIVEL 2	
propylthiouracil	NIVEL 2	

INMUNOLÓGICOS

ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL

BERINERT	NIVEL 5	PA, LA
CINRYZE	NIVEL 5	PA, LA
HAEGARDA	NIVEL 5	PA, LA
icatibant acetate	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
RUCONEST	NIVEL 5	PA, LA

INMUNOESTIMULANTES

ACTIMMUNE	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 30 OVER TIME)
SYLATRON (200 MCG KIT, 300 MCG KIT)	NIVEL 5	
SYLATRON 600 MCG KIT	NIVEL 5	LA

INMUNOGLOBULINAS

BIVIGAM	NIVEL 5	PA, LA
CARIMUNE NF	NIVEL 5	PA
FLEBOGAMMA DIF	NIVEL 5	PA
GAMMAGARD	NIVEL 5	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA	NIVEL 5	PA
GAMMAKED	NIVEL 5	PA
GAMMAPLEX (5 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/400ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA
GAMMAPLEX 10 GM/200ML SOLUTION	NIVEL 5	PA
GAMUNEX-C	NIVEL 5	PA
HIZENTRA	NIVEL 5	PA, LA
PRIVIGEN	NIVEL 5	PA
VARIZIG	NIVEL 5	

INMUNOLÓGICOS, OTROS

ARCALYST	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)
ILARIS (150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA
RIDAURA	NIVEL 5	
STELARA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION, 90 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
TALTZ	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
XELJANZ (5 MG TAB, 10 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
XOLAIR (75 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA
INMUNOSUPRESORES		
ASTAGRAF XL	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AZATHIOPRINE SODIUM	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
azathioprine tab 50 mg	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
cyclosporine (cap 25 mg, cap 100 mg, iv soln 50 mg/ml)	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
cyclosporine modified (for microemulsion) (cap 25 mg, cap 50 mg, cap 100 mg, oral soln 100 mg/ml)	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MG/0.5ML SOLUTION, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
ENBREL SURECLICK	NIVEL 5	PA
ENVARSUS XR	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (immunosuppressant) (tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 0.75 mg)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
HUMIRA	NIVEL 5	PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START	NIVEL 5	PA
HUMIRA PEN	NIVEL 5	PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	NIVEL 5	PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START	NIVEL 5	PA
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START	NIVEL 5	PA
HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT STARTER	NIVEL 5	PA
leflunomide	NIVEL 2	
METHOTREXATE SODIUM (FOR INJ 1 GM, INJ 50 MG/2ML (25 MG/ML), INJ PF 50 MG/2ML (25 MG/ML), 250 MG/10ML SOLUTION, INJ PF 250 MG/10ML (25 MG/ML), INJ PF 1000 MG/40ML (25 MG/ML))	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
methotrexate sodium tab 2.5 mg (base equiv)	NIVEL 2	
mycophenolate mofetil (cap 250 mg, tab 500 mg)	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
mycophenolate mofetil for oral susp 200 mg/ml	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination
mycophenolate mofetil hcl	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
mycophenolate sodium	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
PROGRAF 0.2 MG PACKET	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
PROGRAF 1 MG PACKET	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZUROCK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
sirolimus (oral soln 1 mg/ml, tab 2 mg)	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination
sirolimus (tab 0.5 mg, tab 1 mg)	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
tacrolimus (cap 0.5 mg, cap 1 mg, cap 5 mg)	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
TREXALL	NIVEL 4	
XATMEP	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
XELJANZ XR	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
ZORTRESS 1 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY

VACUNAS

ACTHIB	NIVEL 3	
ADACEL	NIVEL 3	
BCG VACCINE	NIVEL 3	
BEXSERO	NIVEL 3	
BOOSTRIX	NIVEL 3	
DAPTACEL	NIVEL 3	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT	NIVEL 3	
ENGERIX-B	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
GARDASIL 9	NIVEL 3	
HAVRIX	NIVEL 3	
HIBERIX	NIVEL 3	
IMOVAX RABIES	NIVEL 3	
INFANRIX	NIVEL 3	
IPOL	NIVEL 3	
IXIARO	NIVEL 4	
KINRIX	NIVEL 3	
M-M-R II	NIVEL 3	
MENACTRA	NIVEL 3	
MENQUADFI	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y
las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MENVEO	NIVEL 3	
PEDIARIX	NIVEL 3	
PEDVAX HIB	NIVEL 3	
PENTACEL	NIVEL 3	
PROQUAD	NIVEL 3	
QUADRACEL	NIVEL 3	
RABAVERT	NIVEL 3	
RECOMBIVAX HB	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
ROTARIX	NIVEL 3	
ROTATEQ	NIVEL 3	
SHINGRIX	NIVEL 3	QL (2 PER 365 OVER TIME)
TDVAX	NIVEL 3	
TENIVAC	NIVEL 3	
TICOVAC	NIVEL 3	
TRUMENBA	NIVEL 3	
TWINRIX	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
TYPHIM VI	NIVEL 4	
VAQTA	NIVEL 3	
VARIVAX	NIVEL 3	
YF-VAX	NIVEL 4	
ZOSTAVAX	NIVEL 4	QL (1 PER 365 OVER TIME)

MIORRELAJANTES

carisoprodol tab 350 mg	NIVEL 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
cyclobenzaprine hcl (tab 5 mg, tab 10 mg)	NIVEL 2	PA
methocarbamol (tab 500 mg, tab 750 mg)	NIVEL 2	PA

OFTÁLMICOS

OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS

azelastine hcl (ophth)	NIVEL 2	
bepotastine besilate	NIVEL 4	
cromolyn sodium (ophth)	NIVEL 2	
LASTACAFT	NIVEL 4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
olopatadine hcl ophth soln 0.1% (base equivalent)	NIVEL 2	
olopatadine hcl ophth soln 0.2% (base equivalent)	NIVEL 3	
PAZEO	NIVEL 3	QL (2.5 PER 30 OVER TIME)

OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS

AZASITE	NIVEL 4	
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 2	
erythromycin (ophth)	NIVEL 2	
gatifloxacin (ophth)	NIVEL 4	QL (2.5 PER 30 OVER TIME)
GENTAK	NIVEL 2	
gentamicin sulfate (ophth)	NIVEL 2	
levofloxacin (ophth)	NIVEL 2	
moxifloxacin hcl (ophth)	NIVEL 2	
NATACYN	NIVEL 3	
ofloxacin (ophth)	NIVEL 2	
polymyxin b-trimethoprim	NIVEL 2	
sulfacetamide sodium (ophth)	NIVEL 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	NIVEL 2	
tobramycin (ophth)	NIVEL 2	
TOBREX 0.3 % OINTMENT	NIVEL 3	

OFTÁLMICOS ANTIINFLAMATORIOS

ALREX	NIVEL 3	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	NIVEL 2	
diclofenac sodium (ophth)	NIVEL 2	
difluprednate	NIVEL 3	
fluorometholone (ophth)	NIVEL 2	
flurbiprofen sodium (0.03 % solution, ophth soln 0.03%)	NIVEL 2	
FML	NIVEL 4	
FML FORTE	NIVEL 4	
ILEVRO	NIVEL 3	QL (1.7 PER 30 OVER TIME)
ketorolac tromethamine (ophth)	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
loteprednol etabonate ophth susp 0.5%	NIVEL 3	
MAXIDEX	NIVEL 4	
PREDNISOLONE ACETATE	NIVEL 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
PROLENSA	NIVEL 3	

OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS

bimatoprost	NIVEL 3	ST, QL (5 PER 30 DAYS)
latanoprost (0.005 % solution, ophth soln 0.005%)	NIVEL 1	
LUMIGAN	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)
travoprost	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)

OFTÁLMICOS BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

betaxolol hcl (ophth)	NIVEL 2	
BETOPTIC-S	NIVEL 3	
CARTEOLOL HCL	NIVEL 2	
carteolol hcl (ophth)	NIVEL 2	
levobunolol hcl (0.5 % solution, ophth soln 0.5%)	NIVEL 2	
METIPRANOLOL	NIVEL 2	
TIMOLOL MALEATE (0.25 % GEL F SOLN, 0.5 % GEL F SOLN)	NIVEL 2	
timolol maleate (ophth) (gel soln 0.25%, gel soln 0.5%)	NIVEL 2	
timolol maleate (ophth) (soln 0.25%, soln 0.5%)	NIVEL 1	
timolol maleate preservative free ophth soln 0.5%	NIVEL 3	

OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS

acetazolamide cap er 12hr 500 mg	NIVEL 4	
ALPHAGAN P 0.1 % SOLUTION	NIVEL 3	
apraclonidine hcl	NIVEL 2	
AZOPT	NIVEL 3	
brimonidine tartrate	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
brinzolamide	NIVEL 3	
dorzolamide hcl ophth soln 2%	NIVEL 2	
methazolamide	NIVEL 3	
PHOSPHOLINE IODIDE	NIVEL 4	
pilocarpine hcl	NIVEL 2	
SIMBRINZA	NIVEL 3	

OFTÁLMICOS, OTROS

ATROPINE SULFATE 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
bacitracin-poly-neomycin-hc	NIVEL 2	
bacitracin-polymyxin b (ophth)	NIVEL 2	
COMBIGAN	NIVEL 3	
CORTISPORIN 3.5-10000-0.5 CREAM	NIVEL 4	
DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MAL	NIVEL 2	
dorzolamide hcl-timolol maleate (sol 22.3-6.8 mg/ml pf, soln 22.3-6.8 mg/ml)	NIVEL 2	
neomycin-bacitracin zn-polymyxin	NIVEL 2	
neomycin-polymy-dexameth (oint, susp)	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC	NIVEL 3	
RESTASIS	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
RESTASIS MULTIDOSE	NIVEL 3	QL (5.5 PER 30 OVER TIME)
sulfacetamide sod-prednisolone	NIVEL 2	
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	NIVEL 2	
TOBRADEX 0.3-0.1 % OINTMENT	NIVEL 4	
tobramycin-dexamethasone	NIVEL 2	
ZYLET	NIVEL 3	

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

ANTIDIABÉTICOS

acarbose	NIVEL 2	
AVANDIA	NIVEL 4	PA
BYETTA 10 MCG PEN	NIVEL 4	QL (2.4 PER 28 OVER TIME)
BYETTA 5 MCG PEN	NIVEL 4	QL (1.2 PER 28 OVER TIME)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
glimepiride	NIVEL 1	
glipizide	NIVEL 1	
glipizide-metformin hcl	NIVEL 1	
glyburide	NIVEL 1	PA
glyburide micronized	NIVEL 1	PA
glyburide-metformin	NIVEL 1	PA
GLYXAMBI	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
INVOKAMET (50-1000 MG TAB, 150-1000 MG TAB, 150-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
INVOKAMET 50-500 MG TAB	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
INVOKAMET XR	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
INVOKANA 100 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
INVOKANA 300 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET	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	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO	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)
metformin hcl (tab 500 mg, tab 850 mg, tab 1000 mg, tab er 24hr 500 mg, tab er 24hr 750 mg)	NIVEL 1	
miglitol	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
nateglinide	NIVEL 1	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	NIVEL 3	QL (1.5 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	NIVEL 3	QL (3 PER 28 OVER TIME)
pioglitazone hcl	NIVEL 1	
pioglitazone hcl-glimepiride	NIVEL 1	QL (1 PER 1 DAYS)
pioglitazone hcl-metformin hcl	NIVEL 1	
repaglinide	NIVEL 1	
RYBELSUS	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
SYMLINPEN 120	NIVEL 5	PA, QL (10.8 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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SYMLINPEN 60	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 28 OVER TIME)
SYNJARDY	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)
TOLAZAMIDE	NIVEL 1	
TOLBUTAMIDE	NIVEL 1	
TRADJENTA	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
VICTOZA	NIVEL 3	QL (9 PER 30 OVER TIME)
GLUCÉMICOS		
BAQSIMI ONE PACK	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
diazoxide	NIVEL 4	
GLUCAGEN HYPOKIT	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
glucagon (rdna)	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
INSULINAS		
HUMALOG	NIVEL 3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	NIVEL 3	
HUMALOG KWIKPEN	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 50/50	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 75/25	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	NIVEL 3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	NIVEL 3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	NIVEL 3	
LANTUS	NIVEL 3	QL (40 PER 30 OVER TIME)
LANTUS SOLOSTAR	NIVEL 3	QL (45 PER 30 OVER TIME)
LEVEMIR	NIVEL 3	QL (40 PER 30 OVER TIME)
LEVEMIR FLEXTOUCH	NIVEL 3	QL (45 PER 30 OVER TIME)
TOUJEO MAX SOLOSTAR	NIVEL 3	QL (18 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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TOUJEO SOLOSTAR	NIVEL 3	QL (18 PER 28 OVER TIME)
TRESIBA	NIVEL 3	QL (30 PER 30 OVER TIME)
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (30 PER 30 OVER TIME)
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (27 PER 30 OVER TIME)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA

AUBAGIO	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
BETASERON	NIVEL 5	PA, QL (15 PER 30 OVER TIME)
COPAXONE 20 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
COPAXONE 40 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 28 OVER TIME)
dalfampridine	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
dimethyl fumarate	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
GILENYA 0.5 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
TYSABRI	NIVEL 5	PA, LA

FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

DRIZALMA SPRINKLE (20 MG CAP DR, 30 MG CAP DR)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 1 DAYS)
DRIZALMA SPRINKLE (40 MG CAP DR, 60 MG CAP DR)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
duloxetine hcl (cap 20 mg eq), cap 60 mg eq))	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
duloxetine hcl enteric coated pellets cap 30 mg (base eq)	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
duloxetine hcl enteric coated pellets cap 40 mg (base eq)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
pregabalin (cap 200 mg, cap 225 mg, cap 300 mg)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
pregabalin (cap 25 mg, cap 50 mg, cap 75 mg, cap 100 mg, cap 150 mg)	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)
pregabalin soln 20 mg/ml	NIVEL 3	QL (30 PER 1 DAYS)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL

butalbital-acetaminophen (50-300 mg cap, cap 50-300 mg)	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-acetaminophen tab 50-325 mg	NIVEL 2	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-acetaminophen-caffeine (cap 50-325-40 mg, tab 50-325-40 mg)	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FIRDAPSE	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
riluzole	NIVEL 3	
TENCON	NIVEL 2	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
tetrabenazine tab 12.5 mg	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
tetrabenazine tab 25 mg	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

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

amphetamine-dextroamphetamine (cap er 24hr 10 mg, cap er 24hr 15 mg, cap er 24hr 20 mg, cap er 24hr 25 mg, cap er 24hr 30 mg, cap er 24hr 5 mg)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine (tab 5 mg, tab 7.5 mg, tab 10 mg, tab 15 mg)	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate (cap er 24hr 10 mg, tab 5 mg, tab 10 mg)	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate (cap er 24hr 15 mg, tab 15 mg)	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate cap er 24hr 5 mg	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate tab 20 mg	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate tab 30 mg	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
VYVANSE	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)

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

atomoxetine hcl (cap 10 mg equiv), cap 18 mg equiv), cap 25 mg equiv))	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
atomoxetine hcl (cap 60 mg equiv), cap 80 mg equiv), cap 100 mg equiv))	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
atomoxetine hcl cap 40 mg (base equiv)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
clonidine hcl (adhd)	NIVEL 4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
dexmethylphenidate hcl (cap er 24 hr 10 mg, cap er 24 hr 15 mg, cap er 24 hr 20 mg, cap er 24 hr 25 mg, cap er 24 hr 30 mg, cap er 24 hr 35 mg, cap er 24 hr 40 mg, cap er 24 hr 5 mg)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
dexmethylphenidate hcl (tab 2.5 mg, tab 5 mg, tab 10 mg)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
guanfacine hcl (adhd)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl (cap er 10 mg (cd), cap er 20 mg (cd), cap er 24hr 20 mg (la), cap er 24hr 30 mg (la), cap er 24hr 40 mg (la), cap er 24hr 60 mg (la), cap er 40 mg (cd), cap er 50 mg (cd), cap er 60 mg (cd), tab er 24hr 27 mg, tab er 24hr 54 mg, tab er osmotic release (osm) 18 mg, tab er osmotic release (osm) 27 mg, tab er osmotic release (osm) 54 mg)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl (cap er 24hr 10 mg (la), chew tab 10 mg)	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl (cap er 30 mg (cd), tab er 24hr 36 mg, tab er osmotic release (osm) 36 mg)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl (chew tab 2.5 mg, chew tab 5 mg)	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
METHYLPHENIDATE HCL ER 18 MG TAB ER 24H	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
METHYLPHENIDATE HCL ER 72 MG TAB ER	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl tab 10 mg	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl tab 20 mg	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl tab 5 mg	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl tab er 10 mg	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl tab er 20 mg	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

ALCOH-WIPE	NIVEL 2	
ALCOHOL 70% PADS	NIVEL 2	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	NIVEL 2	
ESSENTRA WIPES 9X9"	NIVEL 2	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INSULIN SYRINGE 1 ML	NIVEL 3	
methylergonovine maleate tab 0.2 mg	NIVEL 4	
RUZURGI	NIVEL 5	PA, LA, QL (10 PER 1 DAYS)
water for irrigation, sterile	NIVEL 2	

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES

ADEMPAS	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ambrisentan	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
bosentan tab 125 mg	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
bosentan tab 62.5 mg	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
OPSUMIT	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
ORENITRAM (0.25 MG TAB ER, 1 MG TAB ER, 2.5 MG TAB ER, 5 MG TAB ER)	NIVEL 5	PA, LA
ORENITRAM 0.125 MG TAB ER	NIVEL 4	PA, LA
sildenafil citrate for suspension 10 mg/ml	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
sildenafil citrate iv soln 10 mg/12.5ml (base equivalent)	NIVEL 4	
sildenafil citrate tab 20 mg	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
tadalafil (pulmonary hypertension)	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRACLEER 32 MG TAB SOL	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
treprostinil	NIVEL 5	PA, LA
UPTRAVI (200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB, 1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	NIVEL 5	PA, LA, QL (200 PER 180 OVER TIME)
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA, QL (270 PER 30 OVER TIME)
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA, QL (90 PER 30 OVER TIME)

ANTIHISTAMÍNICOS

azelastine hcl nasal spray 0.1% (137 mcg/spray)	NIVEL 2	QL (30 PER 25 OVER TIME)
azelastine hcl nasal spray 0.15% (205.5 mcg/spray)	NIVEL 3	QL (30 PER 25 OVER TIME)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
azelastine hcl-fluticasone propionate	NIVEL 4	QL (23 PER 30 DAYS)
cetirizine hcl	NIVEL 2	
cyproheptadine hcl tab 4 mg	NIVEL 2	PA
desloratadine tab 5 mg	NIVEL 2	
hydroxyzine hcl (tab 10 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)	NIVEL 2	PA
hydroxyzine pamoate (cap 25 mg, cap 50 mg, 100 mg cap)	NIVEL 4	PA
levocetirizine dihydrochloride (soln 2.5 mg/5ml (0.5 mg/ml), tab 5 mg)	NIVEL 2	
olopatadine hcl (nasal)	NIVEL 4	ST, QL (30.5 PER 30 OVER TIME)
promethazine hcl (inj 25 mg/ml, inj 50 mg/ml)	NIVEL 4	PA
promethazine hcl syrup 6.25 mg/5ml	NIVEL 2	PA

ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR

ARNUITY ELLIPTA	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
budesonide (inhalation)	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
FLOVENT DISKUS (50 MCG/BLIST AER POW BA, 100 MCG/BLIST AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
FLOVENT DISKUS 250 MCG/BLIST AER POW BA	NIVEL 3	QL (240 PER 30 DAYS)
FLOVENT HFA 110 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (24 PER 30 OVER TIME)
FLOVENT HFA 220 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (24 PER 30 DAYS)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (22 PER 30 OVER TIME)
FLUNISOLIDE	NIVEL 2	ST, QL (50 PER 30 OVER TIME)
fluticasone propionate (nasal)	NIVEL 2	QL (16 PER 30 OVER TIME)
mometasone furoate (nasal)	NIVEL 4	QL (34 PER 30 OVER TIME)
PULMICORT FLEXHALER 180 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (2 PER 30 DAYS)
PULMICORT FLEXHALER 90 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)

ANTILEUCOTRIENOS

montelukast sodium	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
zafirlukast	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BRONCODILATADORES, ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA	NIVEL 4	QL (25.8 PER 30 OVER TIME)
INCRUSE ELLIPTA	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
ipratropium bromide nasal soln 0.03% (21 mcg/spray)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)
ipratropium bromide nasal soln 0.06% (42 mcg/spray)	NIVEL 2	QL (45 PER 30 OVER TIME)
SPIRIVA HANDIHALER	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT	NIVEL 3	QL (4 PER 30 DAYS)
BRONCODILATADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	NIVEL 2	QL (17 PER 30 OVER TIME)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	NIVEL 2	QL (17 PER 30 OVER TIME)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	NIVEL 2	QL (13.4 PER 30 OVER TIME)
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN)	NIVEL 2	QL (36 PER 30 OVER TIME)
albuterol sulfate (soln nebu 0.083% (2.5 mg/3ml), soln nebu 0.5% (5 mg/ml), soln nebu 0.63 mg/3ml (base equiv), soln nebu 1.25 mg/3ml (base equiv))	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
albuterol sulfate (syrup 2 mg/5ml, tab 2 mg, tab 4 mg)	NIVEL 4	
epinephrine (anaphylaxis) (solution 0.15 mg/0.3ml (1:2000), solution 0.3 mg/0.3ml (1:1000))	NIVEL 2	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	NIVEL 2	QL (24 PER 365 OVER TIME)
levalbuterol hcl (soln nebu 0.31 mg/3ml equiv), soln nebu 0.63 mg/3ml equiv), soln nebu 1.25 mg/3ml equiv), soln nebu conc 1.25 mg/0.5ml equiv))	NIVEL 3	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE	NIVEL 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)
SEREVENT DISKUS	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
terbutaline sulfate (tab 2.5 mg, tab 5 mg)	NIVEL 2	
terbutaline sulfate inj 1 mg/ml	NIVEL 4	
ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS		
cromolyn sodium	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA		
ESBRIET (267 MG CAP, 267 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (9 PER 1 DAYS)
ESBRIET 801 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
OFEV	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
CAYSTON	NIVEL 5	PA, LA, QL (84 PER 28 OVER TIME)
KALYDECO	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, QL (150 PER 30 OVER TIME)
SYMDEKO	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
TOBI PODHALER	NIVEL 5	PA, LA, QL (224 PER 28 OVER TIME)
tobramycin nebu soln 300 mg/4ml	NIVEL 5	PA, QL (224 PER 28 OVER TIME)
tobramycin nebu soln 300 mg/5ml	NIVEL 5	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS		
DALIRESP 250 MCG TAB	NIVEL 4	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
DALIRESP 500 MCG TAB	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
THEOCHRON	NIVEL 2	
theophylline (soln 80 mg/15ml, tab er 12hr 100 mg, tab er 12hr 200 mg, tab er 12hr 300 mg, tab er 12hr 450 mg, tab er 24hr 400 mg, tab er 24hr 600 mg)	NIVEL 2	
THEOPHYLLINE ER	NIVEL 2	
TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
acetylcysteine	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
ANORO ELLIPTA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BEVESPI AEROSPHERE	NIVEL 3	QL (10.7 PER 28 DAYS)
BREO ELLIPTA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT	NIVEL 3	QL (4 PER 30 OVER TIME)
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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
fluticasone-salmeterol (aer powder ba 100-50 mcg/dose, aer powder ba 250-50 mcg/dose, aer powder ba 500-50 mcg/dose)	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
ipratropium-albuterol	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
NUCALA (100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 28 DAYS)
NUCALA 100 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
ribavirin	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination
SYMBICORT	NIVEL 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG/INH AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25 MCG/INH AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)

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

ALDURAZYME	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA
ARALAST NP	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA
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 (5 PER 1 DAYS)
BYLVAY 400 MCG CAP	NIVEL 5	PA, LA, QL (15 PER 1 DAYS)
CERDELGA	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
CEREZYME	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	NIVEL 3	
cromolyn sodium (mastocytosis)	NIVEL 4	
CYSTADANE	NIVEL 5	LA
CYSTAGON	NIVEL 4	PA, LA
CYSTARAN	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 28 OVER TIME)
ELAPRASE	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA
FABRAZYME	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA
GLASSIA	NIVEL 5	LA
LUMIZYME	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
miglustat	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAGLAZYME	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA
nitisinone	NIVEL 5	PA
NITYR	NIVEL 5	PA, LA
PROCYSBI	NIVEL 5	PA, LA
PROLASTIN-C	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA
RAVICTI	NIVEL 5	PA, LA, QL (525 PER 30 OVER TIME)
sapropterin dihydrochloride	NIVEL 5	PA
sodium phenylbutyrate (oral powder 3 gm/teaspoonful, tab 500 mg)	NIVEL 5	PA
STRENSIQ (18 MG/0.45ML SOLUTION, 28 MG/0.7ML SOLUTION, 40 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA
STRENSIQ 80 MG/0.8ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA, QL (38.4 PER 28 OVER TIME)
SUCRAID	NIVEL 5	PA, LA
VYNDAQEL	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
ZENPEP	NIVEL 4	

TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS

DORMIR, MEDICAMENTOS PARA

estazolam	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
eszopiclone	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
FLURAZEPAM HCL	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
HETLIOZ	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
ramelteon	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
temazepam cap 15 mg	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
temazepam cap 30 mg	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
triazolam tab 0.125 mg	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
triazolam tab 0.25 mg	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
zaleplon cap 10 mg	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
zaleplon cap 5 mg	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
zolpidem tartrate (tab 10 mg, tab er 12.5 mg)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
zolpidem tartrate (tab 5 mg, tab er 6.25 mg)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
EUGEROICOS		
armodafinil	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
modafinil tab 100 mg	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)
modafinil tab 200 mg	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XYREM	NIVEL 5	PA, LA, QL (540 PER 30 OVER TIME)
ÓTICOS		
CIPRO HC	NIVEL 4	
CIPROFLOXACIN HCL 0.2 % SOLUTION	NIVEL 2	
ciprofloxacin-dexamethasone	NIVEL 4	
COLY-MYCIN S	NIVEL 3	
CORTISPORIN-TC	NIVEL 3	
DERMOTIC	NIVEL 3	
hydrocortisone w/acetic acid	NIVEL 2	
neomycin-polymyxin-hc (otic)	NIVEL 2	
ofloxacin (otic)	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y
las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

Índice de medicamentos

A

abacavir sulfate 42,43
abacavir sulfate-lamivudine 43
abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine 43
ABELCET 21
ABILIFY MAINTENA 37
abiraterone acetate 25
acamprosate calcium 7
acarbose 76
acebutolol hcl 45
acetaminophen w/ codeine 2
acetazolamide 47,75
acetic acid (otic) 7
acetylcysteine 85
acitretin 51
ACTHAR 67
ACTHIB 72
ACTIMMUNE 69
acyclovir 40
acyclovir sodium 40
acyclovir topical 52
ADACEL 72
adapalene 51
adefovir dipivoxil 40
ADEMPAS 82
AEMCOLO 7
AFINITOR 28
AFINITOR DISPERZ 28
AIMOVIG 23
AIMOVIG (140 MG DOSE) 23
albendazole 34
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair) 84
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair) . 84
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil) 84
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN) 84
albuterol sulfate 84
alclometasone dipropionate 52,67
ALCOH-WIPE 81
ALCOHOL 70% PADS 81
ALDURAZYME 86
ALECENSA 28
alendronate sodium 57,58
alfuzosin hcl 61
ALINIA 34
aliskiren fumarate 47
allopurinol 22
ALORA 64
alosetron hcl 59
ALPHAGAN P 75
alprazolam 5
ALREX 74
ALUNBRIG 28
amantadine hcl 35
AMBISOME 21
ambrisentan 82
amikacin sulfate 7
amiloride & hydrochlorothiazide 47
amiloride hcl 50
amino acid electrolyte infusion 55
amino acid infusion 55
AMINOSYN 55
AMINOSYN II 55
AMINOSYN-HBC 55
AMINOSYN-PF 55
AMINOSYN-RF 55
AMINOSYN/ELECTROLYTES 55
amiodarone hcl 45
AMITIZA 59
amitriptyline hcl 20
amlodipine besylate 46
amlodipine besylate-atorvastatin calcium . . 47
amlodipine besylate-benazepril hcl 47
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil 47
amlodipine besylate-valsartan 47
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide . . 47
AMOXAPINE 20
amoxicillin 10

amoxicillin & pot clavulanate 10
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 10
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER 10
amphetamine-dextroamphetamine 80
AMPHOTERICIN B 21
AMPICILLIN 10
ampicillin & sulbactam sodium 10
AMPICILLIN SODIUM 10
AMPICILLIN-SULBACTAM SODIUM 10
ANADROL-50 64
anagrelide hcl 62
anastrozole 28
ANDRODERM 64
ANORO ELLIPTA 85
ANUSOL-HC 52
APOKYN 35
apraclonidine hcl 75
aprepitant 21
APTIOM 15
APTIVUS 41
ARALAST NP 86
ARANESP (ALBUMIN FREE) 62
ARCALYST 70
aripiprazole 37
ARISTADA 37
ARISTADA INITIO 37
armodafinil 88
ARNUITY ELLIPTA 83
asenapine maleate 37
aspirin-dipyridamole 63
ASTAGRAF XL 71
atazanavir sulfate 41
atenolol 46
atenolol & chlorthalidone 47
atomoxetine hcl 80
atorvastatin calcium 49
atovaquone 34
atovaquone-proguanil hcl 34
ATROPINE SULFATE 59,76
ATROVENT HFA 84
AUBAGIO 79
AURYXIA 54
AVANDIA 76
AYVAKIT 26
AZACTAM 7
AZACTAM IN DEXTROSE 7
AZASITE 74
azathioprine 71
AZATHIOPRINE SODIUM 71
azelastine hcl 82
azelastine hcl (ophth) 73
azelastine hcl-fluticasone propionate 83
azithromycin 11
AZOPT 75
aztreonam 7

B

BACITRACIN 74
bacitracin-poly-neomycin-hc 76
bacitracin-polymyxin b (ophth) 76
baclofen 21
BACTROBAN NASAL 52
balsalazide disodium 57
BALVERSA 28
BAQSIMI ONE PACK 78
BAQSIMI TWO PACK 78
BARACLUDE 40
BAXDELA 12
BCG VACCINE 72
benazepril & hydrochlorothiazide 47
benazepril hcl 50
BENAZEPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE 47
BENLYSTA 70
BENZNIDAZOLE 34
benzoyl peroxide-erythromycin 51
benztropine mesylate 35
bepotastine besilate 73
BERINERT 69
BESIVANCE 12
betamethasone dipropionate (topical) . . 52,67
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUG 52

betamethasone dipropionate augmented . . . 52,67
betamethasone valerate . . . 52
BETASERON . . . 79
betaxolol hcl . . . 46
betaxolol hcl (ophth) . . . 75
bethanechol chloride . . . 61
BETOPTIC-S . . . 75
BEVESPI AEROSPHERE . . . 85
bexarotene . . . 33
BEXSERO . . . 72
bicalutamide . . . 25
BICILLIN C-R . . . 10
BICILLIN C-R 900/300 . . . 10
BICILLIN L-A . . . 10
BIDIL . . . 47
BIKTARVY . . . 40
bimatoprost . . . 75
bimatoprost (topical) . . . 53
BIOGUARD GAUZE SPONGES . . . 81
bisoprolol & hydrochlorothiazide . . . 47
bisoprolol fumarate . . . 46
BIVIGAM . . . 70
BOOSTRIX . . . 72
bosentan . . . 82
BOSULIF . . . 28,29
BRAFTOVI . . . 29
BREO ELLIPTA . . . 85
BRILINTA . . . 63
brimonidine tartrate . . . 75
brinzolamide . . . 76
BRIVIACT . . . 13
bromocriptine mesylate . . . 35
BRUKINSA . . . 26
budesonide . . . 57
budesonide (inhalation) . . . 83
bumetanide . . . 50
buprenorphine . . . 3
buprenorphine hcl . . . 6
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate . . . 6
bupropion hcl . . . 17
bupropion hcl (smoking deterrent) . . . 6
buspirone hcl . . . 5
butalbital-acetaminophen . . . 79
butalbital-acetaminophen-caffeine . . . 79
butalbital-acetaminophen-caffeine w/ codeine . . . 2
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE . . . 4
butalbital-aspirin-caffeine . . . 4
butalbital-aspirin-caffeine w/cod . . . 2
butorphanol tartrate . . . 2
BYETTA 10 MCG PEN . . . 76
BYETTA 5 MCG PEN . . . 76
BYLVAY . . . 86
BYLVAY (PELLETS) . . . 86
BYVALSON . . . 47

C

CABENUVA . . . 43
cabergoline . . . 68
CABLIVI . . . 63
CABOMETYX . . . 29
calcipotriene . . . 53
calcipotriene-betamethasone dipropionate . . . 53
calcitonin (salmon) . . . 58
CALCITRIOL . . . 53,58
calcitriol . . . 58
calcium acetate (phosphate binder) . . . 54
CALQUENCE . . . 29
candesartan cilexetil . . . 45
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide . . . 47
CAPASTAT SULFATE . . . 24
CAPEX . . . 52
CAPLYTA . . . 37
CAPRELSA . . . 29
captopril . . . 50
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE . . . 47
CARBAGLU . . . 55
carbamazepine . . . 15,16
carbidopa . . . 36
carbidopa-levodopa . . . 36

CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE.....35
CARIMUNE NF.....70
carisoprodol.....73
CARTEOLOL HCL.....75
carteolol hcl (ophth).....75
carvedilol.....46
carvedilol phosphate.....46
caspofungin acetate.....21
CAYSTON.....85
cefaclor.....9
cefadroxil.....9
CEFAZOLIN SODIUM.....9
cefdinir.....9
cefepime hcl.....9
cefixime.....9
CEFOTAXIME SODIUM.....9
cefotetan disodium.....9
cefoxitin sodium.....9
cefpodoxime proxetil.....9
cefprozil.....9
ceftazidime.....10
ceftriaxone sodium.....10
cefuroxime axetil.....10
cefuroxime sodium.....10
celecoxib.....4
CELONTIN.....16
cephalexin.....10
CERDELGA.....86
CEREZYME.....86
cetirizine hcl.....83
cevimeline hcl.....44
CHANTIX STARTING MONTH PAK.....6
CHEMET.....54
CHLORAMPHENICOL SOD SUCCINATE.....7
chlordiazepoxide hcl.....5
chlorhexidine gluconate (mouth-throat).....44
CHLOROQUINE PHOSPHATE.....34
chloroquine phosphate.....34
CHLOROTHIAZIDE.....50
chlorpromazine hcl.....36
chlorthalidone.....50
CHOLBAM.....86
cholestyramine.....49
cholestyramine light.....49
choline fenofibrate.....48
ciclopirox.....52
ciclopirox olamine.....21
cilostazol.....63
CILOXAN.....12
CIMDUO.....43
cimetidine.....58
CIMETIDINE HCL.....58
cinacalcet hcl.....58
CINRYZE.....69
CIPRO HC.....88
ciprofloxacin.....12
CIPROFLOXACIN.....12
ciprofloxacin hcl.....12
CIPROFLOXACIN HCL.....88
ciprofloxacin hcl (ophth).....12
ciprofloxacin in d5w.....12
CIPROFLOXACIN-CIPROFLOX HCL ER.....12
ciprofloxacin-dexamethasone.....88
citalopram hydrobromide.....18
clarithromycin.....11
CLEOCIN.....7
CLEOCIN PHOSPHATE.....8
CLIMARA PRO.....64
clindamycin hcl.....8
clindamycin palmitate hydrochloride.....8
clindamycin phosphate.....8
clindamycin phosphate (topical).....8,52
clindamycin phosphate in d5w.....8
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL.....8
clindamycin phosphate vaginal.....8
clindamycin phosphate-benzoyl peroxide..51
clindamycin phosphate-benzoyl peroxide (refrigerate).....51
clobazam.....15
clobetasol propionate.....52
clobetasol propionate emollient base.....52
clomipramine hcl.....20

clonazepam 5
clonidine 44
clonidine hcl 44
clonidine hcl (adhd) 80
clopidogrel bisulfate 63
clorazepate dipotassium 5,6
clotrimazole 21
clotrimazole (topical) 21
clotrimazole w/ betamethasone 53
CLOZAPINE 37
clozapine 37
COARTEM 34
CODEINE SULFATE 2
codeine sulfate 2
COLCHICINE 22
colchicine w/ probenecid 22
COLCRYS 23
colesevelam hcl 49
colestipol hcl 49
colistimethate sodium 8
COLY-MYCIN S 88
COMBIGAN 76
COMBIPATCH 64
COMBIVENT RESPIMAT 85
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 29
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 29
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 29
COMPLERA 42
CONDYLOX 53
COPAXONE 79
COPIKTRA 29
CORLANOR 47
CORTIFOAM 57
CORTISONE ACETATE 67
CORTISPORIN 53,76
CORTISPORIN-TC 88
COTELLIC 29
CREON 86
CRESEMBA 22
CRIXIVAN 41
cromolyn sodium 84
cromolyn sodium (mastocytosis) 86
cromolyn sodium (ophth) 73
CRYSVITA 55
cyclobenzaprine hcl 73
CYCLOPHOSPHAMIDE 24
cyclosporine 71
cyclosporine modified (for microemulsion) . . 71
cyproheptadine hcl 83
CYSTADANE 86
CYSTAGON 86
CYSTARAN 86

D

dalfampridine 79
DALIRESP 85
DALVANCE 8
danazol 64
dantrolene sodium 21
dapsone 24
DAPTACEL 72
daptomycin 8
DAURISMO 29
deferasirox 54
deferiprone 54
DELSTRIGO 42
demeclocycline hcl 12
DENAVIR 52
DEPO-ESTRADIOL 64
DEPO-PROVERA 66
DERMOTIC 88
DESCOVY 43
desipramine hcl 20
desloratadine 83
desmopressin acetate 63
desmopressin acetate spray 63
desmopressin acetate spray refrigerated . . . 64
desogestrel & ethinyl estradiol 64
desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic) 64
desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic) 65
desonide 52
desoximetasone 52

DESVENLAFAXINE ER 18
desvenlafaxine succinate 18
DEXAMETHASONE 67
dexamethasone sodium phosphate 67
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 74
DEXILANT 60
dexmethylphenidate hcl 81
dextroamphetamine sulfate 80
dextrose 56
dextrose in lactated ringers 56
dextrose w/ sodium chloride 56
DEXTROSE-NACL 56
DIACOMIT 13
diazepam 6
DIAZEPAM 15
diazoxide 78
diclofenac potassium 4
diclofenac sodium 4
diclofenac sodium (actinic keratoses) 53
diclofenac sodium (ophth) 74
diclofenac sodium (topical) 4
dicloxacillin sodium 11
dicyclomine hcl 59
DIDANOSINE 43
diflunisal 4
difluprednate 74
digoxin 47
dihydroergotamine mesylate 23
DILANTIN 16
DILANTIN INFATABS 16
diltiazem hcl 46
diltiazem hcl coated beads 46
diltiazem hcl extended release beads 46
dimethyl fumarate 79
DIPENTUM 57
diphenoxylate w/ atropine 59
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 59
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT 72
dipyridamole 63
disopyramide phosphate 45
disulfiram 7
DIURIL 50
divalproex sodium 13
dofetilide 45
donepezil hydrochloride 17
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg 17
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg 17
dorzolamide hcl 76
DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MAL 76
dorzolamide hcl-timolol maleate 76
DOVATO 40
doxazosin mesylate 45
doxepin hcl 20
doxercalciferol 58
doxycycline (monohydrate) 12
doxycycline hyclate 12,13
DRIZALMA SPRINKLE 79
dronabinol 21
drospirenone-ethinyl estradiol 65
DROXIA 25
droxidopa 44
duloxetine hcl 79
DUOBRII 53
dutasteride 61
dutasteride-tamsulosin hcl 61

E

E.E.S. 400 11
econazole nitrate 22
EDARBI 45
EDARBYCLOR 47
EDURANT 42
efavirenz 42
efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate 42
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate 42
EGRIFTA 64
EGRIFTA SV 64
ELAPRASE 86

ELIGARD 68
ELIQUIS 61
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 61
ELMIRON 61
EMCYT 25
EMSAM 18
emtricitabine 43
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate . 43
EMTRIVA 43
enalapril maleate 50
enalapril maleate & hydrochlorothiazide . . . 47
ENBREL 71
ENBREL SURECLICK 71
ENGERIX-B 72
enoxaparin sodium 61
entacapone 35
entecavir 40
ENTRESTO 47
ENVARSUS XR 71
EPCLUSA 40
EPIDIOLEX 13
epinephrine (anaphylaxis) 84
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK) 84
EPIVIR HBV 40
eplerenone 50
EPROSARTAN MESYLATE 45
ERGOLOID MESYLATES 17
ERIVEDGE 29
ERLEADA 25
erlotinib hcl 29
ertapenem sodium 11
ERY 52
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 11
ERYTHROCIN STEARATE 11
erythromycin (acne aid) 52
erythromycin (ophth) 74
erythromycin base 11
erythromycin ethylsuccinate 11
ESBRIET 85
escitalopram oxalate 18
esomeprazole magnesium 60
esomeprazole sodium 60
ESSENTRA WIPES 9X9" 81
estazolam 87
estradiol 65
estradiol & norethindrone acetate 65
estradiol vaginal 65
estradiol valerate 65
ESTRING 65
ESTROPIPATE 65
eszopiclone 87
ethambutol hcl 24
ethosuximide 16
ethynodiol diacet & eth estrad 65
ETIDRONATE DISODIUM 58
etodolac 4
etonogestrel-ethinyl estradiol 65
etravirine 42
everolimus 29
everolimus (immunosuppressant) 71
EVOTAZ 41
exemestane 28
EXKIVITY 26
ezetimibe 49
ezetimibe-simvastatin 49

F

FABRAZYME 86
famciclovir 40
famotidine 59
FANAPT 37
FANAPT TITRATION PACK 37
FARYDAK 29
febuxostat 23
felbamate 13
felodipine 46
FEMRING 65
fenofibrate 48
fenofibrate micronized 48
FENOFIBRIC ACID 48
fentanyl 3

FENTANYL CITRATE 2
FERRIPROX 54
FERRIPROX TWICE-A-DAY 54
FETZIMA 18
FETZIMA TITRATION 18
finasteride 61
FINTEPLA 13
FIRDAPSE 80
FIRMAGON 68
FIRMAGON (240 MG DOSE) 68
flavoxate hcl 60
FLEBOGAMMA DIF 70
flecainide acetate 45
FLOVENT DISKUS 83
FLOVENT HFA 83
fluconazole 22
fluconazole in dextrose 22
fluconazole in nacl 22
flucytosine 22
fludrocortisone acetate 67
FLUNISOLIDE 83
fluocinolone acetonide 52
fluocinonide 53
fluocinonide emulsified base 53
fluorometholone (ophth) 74
FLUOROURACIL 53
fluorouracil (topical) 54
fluoxetine hcl 18
FLUOXETINE HCL 18
FLUOXETINE HCL (PMDD) 18
fluphenazine decanoate 36
fluphenazine hcl 36
FLUPHENAZINE HCL 36
FLURAZEPAM HCL 87
FLURBIPROFEN 4
flurbiprofen sodium 74
FLUTAMIDE 25
fluticasone propionate 53
fluticasone propionate (nasal) 83
FLUTICASONE-SALMETEROL 85
fluticasone-salmeterol 86
fluvastatin sodium 49
fluvoxamine maleate 19
FML 74
FML FORTE 74
fondaparinux sodium 61
fosamprenavir calcium 41
fosfomycin tromethamine 8
fosinopril sodium 50
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide 47
FOTIVDA 26
FRAGMIN 61,62
fulvestrant 25
furosemide 50
FUZEON 44
FYCOMPA 13

G

gabapentin 15
galantamine hydrobromide 17
GALANTAMINE HYDROBROMIDE 17
GAMMAGARD 70
GAMMAGARD S/D LESS IGA 70
GAMMAKED 70
GAMMAPLEX 70
GAMUNEX-C 70
GARDASIL 9 72
gatifloxacin (ophth) 74
GATTEX 59
GAVILYTE-C 59
GAVRETO 28
gemfibrozil 48
GENTAK 74
gentamicin in saline 7
gentamicin sulfate 7
gentamicin sulfate (ophth) 74
gentamicin sulfate (topical) 7
GENVOYA 40
GILENYA 79
GILOTRIF 30
GLASSIA 86
GLEOSTINE 24

glimepiride 77
glipizide 77
glipizide-metformin hcl 77
GLUCAGEN HYPOKIT 78
glucagon (rdna) 78
GLUCAGON EMERGENCY 78
glyburide 77
glyburide micronized 77
glyburide-metformin 77
glycopyrrolate 59
GLYXAMBI 77
granisetron hcl 21
griseofulvin microsize 22
griseofulvin ultramicrosize 22
guanfacine hcl 44
guanfacine hcl (adhd) 81
GUANIDINE HCL 23

H

HAEGARDA 69
halobetasol propionate 53
haloperidol 36
haloperidol decanoate 36
haloperidol lactate 36
HARVONI 40
HAVRIX 72
HEMADY 67
heparin sodium (porcine) 62
HEPATAMINE 55
HETLIOZ 87
HEXALEN 24
HIBERIX 72
HIZENTRA 70
HUMALOG 78
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 78
HUMALOG KWIKPEN 78
HUMALOG MIX 50/50 78
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 78
HUMALOG MIX 75/25 78
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 78
HUMIRA 71
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 71
HUMIRA PEN 71
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER 71
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START 71
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START 71
HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT STARTER 71
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 78
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 78
hydralazine hcl 51
hydrochlorothiazide 50
hydrocodone-acetaminophen 2
hydrocodone-ibuprofen 2
hydrocortisone 57
hydrocortisone (intrarectal) 57
hydrocortisone (rectal) 53
hydrocortisone (topical) 53
HYDROCORTISONE BUTYRATE 53
hydrocortisone butyrate 67
hydrocortisone valerate 53,67
hydrocortisone w/acetic acid 88
hydromorphone hcl 2
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 34
hydroxychloroquine sulfate 34
HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE 66
hydroxyurea 26
hydroxyzine hcl 83
hydroxyzine pamoate 83

I

ibandronate sodium 58
IBRANCE 30
ibuprofen 4
icatibant acetate 69
ICLUSIG 30
icosapent ethyl 49
IDHIFA 26
ILARIS 70
ILEVRO 74
imatinib mesylate 30
IMBRUVICA 30
imipenem-cilastatin 11

imipramine hcl 20
imipramine pamoate 20
imiquimod 54
IMOVAX RABIES 72
INCRELEX 64
INCRUSE ELLIPTA 84
indapamide 50
indomethacin 4
INFANRIX 72
INLYTA 30
INQOVI 26
INREBIC 26
INSULIN PEN NEEDLES 81
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 81
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 81
INSULIN SYRINGE 1 ML 82
INTELENCE 42
INTRALIPID 55
INTRON A 70
INVEGA HAFYERA 37
INVEGA SUSTENNA 37,38
INVEGA TRINZA 38
INVIRASE 41
INVOKAMET 77
INVOKAMET XR 77
INVOKANA 77
IPOL 72
ipratropium bromide 84
ipratropium bromide (nasal) 84
ipratropium-albuterol 86
IPRIVASK 62
irbesartan 45
irbesartan-hydrochlorothiazide 47
IRESSA 30
ISENTRESS 41
ISENTRESS HD 41
ISOLYTE-P IN D5W 55
ISOLYTE-S 55
ISOLYTE-S PH 7.4 55
ISONIAZID 24
isosorbide dinitrate 51
ISOSORBIDE DINITRATE ER 51
isosorbide mononitrate 51
isotretinoin 51
isradipine 46
itraconazole 22
ivermectin 34
IXIARO 72

J

JAKAFI 30
JANUMET 77
JANUMET XR 77
JANUVIA 77
JARDIANCE 77
JENTADUETO 77
JENTADUETO XR 77
JUBLIA 22
JULUCA 41
JUXTAPID 49

K

KALYDECO 85
KCL IN DEXTROSE-NACL 55
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 56
KEPIVANCE 44
ketoconazole 22
ketoconazole (topical) 22
ketoprofen 4
ketorolac tromethamine (ophth) 74
KINRIX 72
KISQALI (200 MG DOSE) 30
KISQALI (400 MG DOSE) 30
KISQALI (600 MG DOSE) 30
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 26
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 26
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) 26
KORLYM 67
KOSELUGO 26
KRINTAFEL 34
KRYSTEXXA 23

L

labetalol hcl....46
lactated ringer's....56
lactated ringer's (irrigation)....56
LACTATED RINGERS....56
lactic acid (ammonium lactate)....53
lactulose....59
lactulose (encephalopathy)....59
lamivudine....43
lamivudine (hbv)....40
lamivudine-zidovudine....43
lamotrigine....13,14
lansoprazole....60
lanthanum carbonate....54
LANTUS....78
LANTUS SOLOSTAR....78
lapatinib ditosylate....30
LASTACAFT....73
latanoprost....75
LATUDA....38
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR....40
leflunomide....71
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)....30
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)....30
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)....30
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)....30
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)....30
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)....31
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)....31
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)....31
letrozole....28
leucovorin calcium....26
LEUKERAN....24
LEUKINE....62
leuprolide acetate....68
levalbuterol hcl....84
LEVALBUTEROL TARTRATE....84
LEVEMIR....78
LEVEMIR FLEXTOUCH....78
levetiracetam....14
levobunolol hcl....75
levocarnitine (metabolic modifiers)....57
levocetirizine dihydrochloride....83
levofloxacin....12
levofloxacin (ophth)....74
levofloxacin in d5w....12
levoleucovorin calcium....26
levonorgestrel & eth estradiol....65
levonorgestrel-eth estradiol (triphasic)....65
levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)....65
levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) 65
levothyroxine sodium....68
LEXIVA....41
lidocaine....5
lidocaine hcl....5
lidocaine hcl (mouth-throat)....5
lidocaine-prilocaine....5
lincomycin hcl....8
LINDANE....54
linezolid....8
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE....8
LINZESS....59
liothyronine sodium....68
lisinopril....50
lisinopril & hydrochlorothiazide....48
LITHIUM....44
lithium carbonate....44
LONSURF....26
loperamide hcl....59
lopinavir-ritonavir....41
lorazepam....6
LORBRENA....31
losartan potassium....45
losartan potassium & hydrochlorothiazide....48
loteprednol etabonate....75
lovastatin....49
loxapine succinate....36
LUMAKRAS....26
LUMIGAN....75
LUMIZYME....86
LUPRON DEPOT (1-MONTH)....68

LUPRON DEPOT (3-MONTH) 68
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 68
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 69
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 69
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 69
LYBALVI 17
LYNPARZA 31
LYSODREN 27

M

M-M-R II 72
malathion 54
MAPROTILINE HCL 17
MARPLAN 18
MATULANE 25
MAVYRET 40
MAXIDEX 75
meclizine hcl 20
MECLOFENAMATE SODIUM 4
MEDROL 67
medroxyprogesterone acetate 66
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) 66
mefenamic acid 4
mefloquine hcl 34
megestrol acetate 66
megestrol acetate (appetite) 66
MEKINIST 31
MEKTOVI 31
meloxicam 4
memantine hcl 16
MENACTRA 72
MENEST 65
MENQUADFI 72
MENVEO 73
meprobamate 5
mercaptopurine 26
meropenem 11
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE 11
mesalamine 57
mesalamine w/ cleanser 57
mesna 28
MESNEX 28
metformin hcl 77
methadone hcl 3
METHADONE HCL 3
methazolamide 76
methenamine hippurate 8
methimazole 69
methocarbamol 73
METHOTREXATE SODIUM 71
methotrexate sodium 71
METHOXSALEN RAPID 54
methscopolamine bromide 59
METHYCLOTHIAZIDE 50
methyldopa 44
METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE 48
methylergonovine maleate 82
methylphenidate hcl 81
METHYLPHENIDATE HCL ER 81
methylprednisolone 67
methylprednisolone acetate 67
methylprednisolone sod succ 67
METIPRANOLOL 75
metoclopramide hcl 20
metolazone 50
metoprolol & hydrochlorothiazide 48
metoprolol succinate 46
metoprolol tartrate 46
METOPROLOL-HYDROCHLOROTHIAZIDE 48
metronidazole 8
METRONIDAZOLE 8
metronidazole (topical) 8
METRONIDAZOLE IN NACL 8
metronidazole vaginal 8
metyrosine 48
mexiletine hcl 45
micafungin sodium 22
MICONAZOLE 3 22
midodrine hcl 44
MIGERGOT 23
miglitol 77

miglustat . . . 87
MILLIPRED . . . 67
minocycline hcl . . . 13
minoxidil . . . 51
mirtazapine . . . 17
misoprostol . . . 60
modafinil . . . 88
moexipril hcl . . . 50
moexipril-hydrochlorothiazide . . . 48
MOLINDONE HCL . . . 36
mometasone furoate . . . 53,67
mometasone furoate (nasal) . . . 83
montelukast sodium . . . 83
morphine sulfate . . . 2,3,4
MOVANTIK . . . 59
moxifloxacin hcl . . . 12
moxifloxacin hcl (ophth) . . . 74
MOZOBIL . . . 62
MULTAQ . . . 45
mupirocin . . . 52
MYALEPT . . . 60
mycophenolate mofetil . . . 71
mycophenolate mofetil hcl . . . 71
mycophenolate sodium . . . 72
MYRBETRIQ . . . 60

N

nabumetone . . . 4
nadolol . . . 46
NAFCILLIN SODIUM . . . 11
nafcillin sodium . . . 11
NAFTIN . . . 22
NAGLAZYME . . . 87
naloxone hcl . . . 7
NALOXONE HCL . . . 7
naltrexone hcl . . . 7
NAMZARIC . . . 17
naproxen . . . 4
naratriptan hcl . . . 23
NARCAN . . . 7
NATACYN . . . 74
nateglinide . . . 77
NATPARA . . . 58
NAYZILAM . . . 5
nebivolol hcl . . . 46
NEFAZODONE HCL . . . 19
neomycin sulfate . . . 7
neomycin-bacitracin zn-polymyxin . . . 76
neomycin-polymy-dexameth . . . 76
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN . . . 76
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC . . . 76
neomycin-polymyxin-hc (otic) . . . 88
NEONATAL PLUS . . . 57
NERLYNX . . . 31
NEULASTA . . . 62
NEULASTA ONPRO . . . 62
NEUPRO . . . 35
NEVIRAPINE . . . 42
nevirapine . . . 42
NEVIRAPINE ER . . . 42
NEXAVAR . . . 31
niacin (antihyperlipidemic) . . . 49
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) . . . 49
NIACOR . . . 49
nicardipine hcl . . . 46
NICOTROL . . . 6
NICOTROL NS . . . 6
nifedipine . . . 46
nilutamide . . . 25
nimodipine . . . 46
NINLARO . . . 27
nisoldipine . . . 46
NISOLDIPINE ER . . . 46
nitazoxanide . . . 34
nitisinone . . . 87
NITRO-BID . . . 51
nitrofurantoin macrocrystal . . . 8
nitrofurantoin monohyd macro . . . 8
nitroglycerin . . . 51
NITROSTAT . . . 51
NITYR . . . 87
NIZATIDINE . . . 59

NORDITROPIN FLEXPRO 64
norelgestromin-ethinyl estradiol 65
norethin acet & estrad-fe 65,66
norethindrone & eth estradiol 65
norethindrone & ethinyl estradiol-fe 66
norethindrone (contraceptive) 66
norethindrone acet & eth estra 66
norethindrone acetate 66
norethindrone acetate-ethinyl estradiol 66
norethindrone-eth estradiol (triphasic) 66
norgestimate-ethinyl estradiol 66
norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic) 66
norgestrel & ethinyl estradiol 66
NORMOSOL-M IN D5W 55
NORMOSOL-R 55
NORMOSOL-R PH 7.4 55
NORTRIPTYLINE HCL 20
nortriptyline hcl 20
nortriptyline oral solution (unit dose) 20
NORVIR 41
NUBEQA 25
NUCALA 86
NUPLAZID 38
NUTRILIPID 55
NYMALIZE 46
nystatin 22
nystatin (mouth-throat) 22
nystatin (topical) 22
nystatin-triamcinolone 54

O

octreotide acetate 69
OCTREOTIDE ACETATE 69
ODEFSEY 42
ODOMZO 31
OFEV 85
OFLOXACIN 12
ofloxacin (ophth) 74
ofloxacin (otic) 88
olanzapine 38
olanzapine-fluoxetine hcl 18
olmesartan medoxomil 45
olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide 48
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide 48
olopatadine hcl 74
olopatadine hcl (nasal) 83
omega-3-acid ethyl esters 49
omeprazole 60
ondansetron 21
ondansetron hcl 21
ONUREG 27
OPSUMIT 82
ORBACTIV 8
ORENITRAM 82
ORGOVYX 69
oseltamivir phosphate 39
OSPHENA 66
oxandrolone 64
oxaprozin 5
oxazepam 6
OXBRYTA 63
oxcarbazepine 16
oxybutynin chloride 60
oxycodone hcl 3
OXYCODONE HCL ER 4
oxycodone w/ acetaminophen 3
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 3
oxycodone-aspirin 3
OXYCONTIN 4
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 77
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 77

P

paliperidone 38
pamidronate disodium 58
PANRETIN 33
pantoprazole sodium 60
paricalcitol 58
paromomycin sulfate 7
paroxetine hcl 19
PASER 24

PAXIL....19
PAZEO....74
PEDIARIX....73
PEDVAX HIB....73
peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate....60
peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride....59
PEGANONE....16
PEGASYS....70
PEGASYS PROCLICK....70
PEGINTRON....40
PEMAZYRE....31
penicillamine....61
penicillin g potassium....11
PENICILLIN G SODIUM....11
penicillin v potassium....11
PENTACEL....73
pentamidine isethionate....34
pentoxifylline....48
PEPCID....59
perindopril erbumine....50
permethrin....54
perphenazine....20
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE....18
PERSERIS....38
PFIZERPEN....11
phenelzine sulfate....18
phenobarbital....15
PHENYTEK....16
phenytoin....16
phenytoin sodium extended....16
PHOSPHOLINE IODIDE....76
PIFELTRO....42
pilocarpine hcl....76
pilocarpine hcl (oral)....44
PIMOZIDE....36
pindolol....46
pioglitazone hcl....77
pioglitazone hcl-glimepiride....77
pioglitazone hcl-metformin hcl....77
piperacillin sodium-tazobactam sodium....11
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)....31
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)....31
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)....31
piroxicam....5
PLASMA-LYTE 148....55
PLASMA-LYTE A....55
podofilox....54
polymyxin b sulfate....8
polymyxin b-trimethoprim....74
POMALYST....25
posaconazole....22
POTASSIUM CHLORIDE....56
potassium chloride....56
POTASSIUM CHLORIDE ER....56
potassium chloride in dextrose....57
potassium chloride in dextrose & sodium chloride....56
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL....56
potassium chloride microencapsulated crystals er....56
potassium citrate (alkalinizer)....56
PRADAXA....62
pramipexole dihydrochloride....35
prasugrel hcl....63
pravastatin sodium....49
praziquantel....34
prazosin hcl....45
PREDNICARBATE....67
prednisolone....67
PREDNISOLONE ACETATE....75
prednisolone sodium phosphate....68
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE....75
prednisone....68
PREDNISONE INTENSOL....68
pregabalin....79
PREMARIN....66
PREMASOL....56
PREMPHASE....66
PREMPRO....66
prenatal vitamins....57

PREZCOBIX 41
PREZISTA 41,42
PRIFTIN 24
primaquine phosphate 34
primidone 15
PRIVIGEN 70
probenecid 23
prochlorperazine 20
prochlorperazine edisylate 20
prochlorperazine maleate 20
PROCYSBI 87
progesterone 66
PROGRAF 72
PROLASTIN-C 87
PROLENSA 75
PROLIA 58
PROMACTA 62,63
promethazine hcl 20,83
PROMETHEGAN 20
propafenone hcl 45
PROPANTHELINE BROMIDE 59
propranolol hcl 46
PROPRANOLOL-HCTZ 48
propylthiouracil 69
PROQUAD 73
protriptyline hcl 20
PULMICORT FLEXHALER 83
PULMOZYME 85
PURIXAN 26
pyrazinamide 24
pyridostigmine bromide 24
pyrimethamine 34

Q

QINLOCK 27
QUADRACEL 73
quetiapine fumarate 38
quinapril hcl 50
quinapril-hydrochlorothiazide 48
QUINIDINE GLUCONATE 45
quinidine gluconate 45
QUINIDINE SULFATE 45
quinine sulfate 34

R

RABAVERT 73
rabeprazole sodium 60
raloxifene hcl 66
ramelteon 87
ramipril 50
ranitidine hcl 59
ranolazine 48
rasagiline mesylate 35
RAVICTI 87
RECOMBIVAX HB 73
RECTIV 51
REGRANEX 54
RELENZA DISKHALER 39
RELISTOR 59
repaglinide 77
REPATHA 49
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 49
REPATHA SURECLICK 49
RESCRIPTOR 42
RESTASIS 76
RESTASIS MULTIDOSE 76
RETACRIT 63
RETEVMO 27
REVLIMID 25
REXULTI 38
REYATAZ 42
REZUROCK 72
RIBASPHERE 40
ribavirin 86
ribavirin (hepatitis c) 40
RIDAURA 70
rifabutin 24
rifampin 24
RIFATER 24
riluzole 80
RIMANTADINE HCL 39
ringer's 57

ringer's irrigation 57
risedronate sodium 58
RISPERDAL CONSTA 38
risperidone 39
ritonavir 42
rivastigmine 17
rivastigmine tartrate 17
rizatriptan benzoate 23
ropinirole hydrochloride 35
rosuvastatin calcium 49
ROTARIX 73
ROTATEQ 73
ROZLYTREK 27
RUBRACA 31
RUCONEST 69
rufinamide 16
RUKOBIA 44
RUZURGI 82
RYBELSUS 77
RYDAPT 31

S

SANDIMMUNE 72
SANDOSTATIN LAR DEPOT 69
SANTYL 54
sapropterin dihydrochloride 87
scopolamine 20
SECUADO 39
selegiline hcl 35
selenium sulfide 53
SELZENTRY 44
SEREVENT DISKUS 84
SEROSTIM 64
sertraline hcl 19
sevelamer carbonate 54
SHINGRIX 73
SIGNIFOR 69
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) . . 82
silodosin 61
silver sulfadiazine 54
SIMBRINZA 76
simvastatin 49
sirolimus 72
SIRTURO 24
SMOFLIPID 57
sodium chloride 56
sodium fluoride 56,57
sodium phenylbutyrate 87
sodium polystyrene sulfonate 55
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 40
solifenacin succinate 60
SOLTAMOX 25
SOLU-CORTEF 68
SOLU-MEDROL 68
SOMATULINE DEPOT 69
SOMAVERT 69
sotalol hcl 45
sotalol hcl (afib/afl) 45
SPIRIVA HANDIHALER 84
SPIRIVA RESPIMAT 84
spironolactone 50
spironolactone & hydrochlorothiazide 48
SPRITAM 14
SPRYCEL 31,32
SPS 55
STAVUDINE 43
STELARA 70
STIVARGA 32
STRENSIQ 87
STREPTOMYCIN SULFATE 7
STRIBILD 41
SUCRAID 87
sucralfate 60
sulfacetamide sod-prednisolone 76
SULFACETAMIDE SODIUM 74
sulfacetamide sodium (acne) 12
sulfacetamide sodium (ophth) 74
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 76
SULFADIAZINE 12
sulfamethoxazole-trimethoprim 12
SULFAMYLON 52
sulfasalazine 57

sulindac 5
sumatriptan 23
SUMATRIPTAN SUCCINATE 23
sumatriptan succinate 23
sumatriptan-naproxen sodium 23
sunitinib malate 32
SUPRAX 10
SUPREP BOWEL PREP KIT 59
SYLATRON 70
SYMBICORT 86
SYMDEKO 85
SYMLINPEN 120 77
SYMLINPEN 60 78
SYMPAZAN 15
SYMTUZA 42
SYNAREL 69
SYNERCID 8
SYNJARDY 78
SYNJARDY XR 78
SYNRIBO 27
SYNTHROID 68

T

TABLOID 26
TABRECTA 27
tacrolimus 72
tacrolimus (topical) 53
tadalafil (pulmonary hypertension) 82
TAFINLAR 32
TAGRISSO 32
TALTZ 70
TALZENNA 32
tamoxifen citrate 25
tamsulosin hcl 61
TARGRETIN 33
TASIGNA 32
TAVALISSE 63
tazarotene 51
TAZICEF 10
TAZORAC 51
TAZVERIK 27
TDVAX 73
TEFLARO 10
telmisartan 45
telmisartan-amlodipine 48
telmisartan-hydrochlorothiazide 48
temazepam 87
TEMIXYS 43
TENCON 80
TENIVAC 73
tenofovir disoproxil fumarate 43
TEPMETKO 32
terazosin hcl 45
terbinafine hcl 22
terbutaline sulfate 84
terconazole vaginal 22
TESTOSTERONE 64
testosterone 64
TESTOSTERONE CYPIONATE 64
testosterone enanthate 64
tetrabenazine 80
tetracycline hcl 13
THALOMID 25
THEOCHRON 85
theophylline 85
THEOPHYLLINE ER 85
THIOLA EC 61
thioridazine hcl 36
thiothixene 36
tiagabine hcl 15
TIBSOVO 32
TICOVAC 73
tigecycline 9
timolol maleate 23
TIMOLOL MALEATE 75
timolol maleate (ophth) 75
tinidazole 9
tiopronin 61
TIROSINT 68
TIVICAY 41
TIVICAY PD 41
tizanidine hcl 21

TOBI PODHALER . . . 85
TOBRADEX . . . 76
tobramycin . . . 85
tobramycin (ophth) . . . 74
tobramycin sulfate . . . 7
tobramycin-dexamethasone . . . 76
TOBREX . . . 74
TOLAK . . . 54
TOLAZAMIDE . . . 78
TOLBUTAMIDE . . . 78
tolterodine tartrate . . . 60
topiramate . . . 14
toremifene citrate . . . 25
torsemide . . . 50
TOUJEO MAX SOLOSTAR . . . 78
TOUJEO SOLOSTAR . . . 79
TPN ELECTROLYTES . . . 57
TRACLEER . . . 82
TRADJENTA . . . 78
tramadol hcl . . . 3,4
tramadol-acetaminophen . . . 3
trandolapril . . . 50
trandolapril-verapamil hcl . . . 48
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER . . . 48
tranexamic acid . . . 63
tranylcypromine sulfate . . . 18
travoprost . . . 75
trazodone hcl . . . 19
TRECATOR . . . 24
TRELEGY ELLIPTA . . . 86
treprostinil . . . 82
TRESIBA . . . 79
TRESIBA FLEXTOUCH . . . 79
tretinoin . . . 51
tretinoin (chemotherapy) . . . 33
tretinoin microsphere . . . 51
TREXALL . . . 72
triamcinolone acetonide (mouth) . . . 44
triamcinolone acetonide (topical) . . . 53
triamterene & hydrochlorothiazide . . . 48
triazolam . . . 87
trientine hcl . . . 54
trifluoperazine hcl . . . 36
trifluridine . . . 40
trihexyphenidyl hcl . . . 35
TRIKAFTA . . . 85
TRIMETHOPRIM . . . 9
trimipramine maleate . . . 20
TRINTELLIX . . . 19
TRIUMEQ . . . 43
TROKENDI XR . . . 14
trospium chloride . . . 60
TRULICITY . . . 78
TRUMENBA . . . 73
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) . . . 32
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) . . . 32
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) . . . 32
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) . . . 32
TUKYSA . . . 32
TURALIO . . . 32
TWINRIX . . . 73
TYBOST . . . 44
TYMLOS . . . 58
TYPHIM VI . . . 73
TYSABRI . . . 79

U

UKONIQ . . . 32
UPTRAVI . . . 82
ursodiol . . . 60

V

valacyclovir hcl . . . 40
VALCHLOR . . . 25
valganciclovir hcl . . . 39
valproate sodium . . . 14
valproic acid . . . 14
valsartan . . . 45
valsartan-hydrochlorothiazide . . . 48
VALTOCO 10 MG DOSE . . . 15
VALTOCO 15 MG DOSE . . . 15
VALTOCO 20 MG DOSE . . . 15

VALTOCO 5 MG DOSE 15
VANCOMYCIN HCL 9
VAQTA 73
VARENICLINE TARTRATE 6
VARIVAX 73
VARIZIG 70
VASCEPA 49
VELTASSA 55
VENCLEXTA 32,33
VENCLEXTA STARTING PACK 33
venlafaxine hcl 19
VENTAVIS 82
verapamil hcl 46,47
VERAPAMIL HCL ER 47
VERSACLOZ 37
VERZENIO 33
VICTOZA 78
VIDEX 43
VIDEX EC 43
vigabatrin 15
VIIBRYD 19
VIIBRYD STARTER PACK 19
VIMPAT 16
VIRACEPT 42
VIREAD 43
VITRAKVI 33
VIZIMPRO 33
voriconazole 22
VOSEVI 40
VOTRIENT 33
VRAYLAR 39
VYNDAMAX 48
VYNDAQEL 87
VYVANSE 80

W

warfarin sodium 62
water for irrigation, sterile 82
WELIREG 27

X

XALKORI 33
XARELTO 62
XARELTO STARTER PACK 62
XATMEP 72
XCOPRI 14,15
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 14
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 14
XELJANZ 70,71
XELJANZ XR 72
XGEVA 58
XIFAXAN 9
XOFLUZA (40 MG DOSE) 39
XOFLUZA (80 MG DOSE) 39
XOLAIR 71
XOSPATA 33
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) 27,28
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 28
XTANDI 25
XYREM 88

Y

YF-VAX 73

Z

zafirlukast 83
zaleplon 87
ZARXIO 63
ZEJULA 33
ZELBORAF 33
ZENPEP 87
ZERIT 43
zidovudine 43
ziprasidone hcl 39
ziprasidone mesylate 39

ZIRGAN 39
ZMAX 11
zoledronic acid 58
ZOLINZA 28
zolmitriptan 23
zolpidem tartrate 87
zonisamide 16
ZONTIVITY 62
ZORTRESS 72
ZOSTAVAX 73
ZUBSOLV 6
ZYDELIG 33
ZYKADIA 33
ZYLET 76
ZYPREXA RELPREVV 39

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:

- Ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, 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 hacer un reclamo en:

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
Correo electrónico: 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 dicha oficina, que está disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o 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.

Y0118_20_525A_SP_C 07312020

Multi-Language Insert

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-776-4466 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-776-4466 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-776-4466 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-776-4466 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-776-4466 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-776-4466 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-800-776-4466 (TTY (հեռատիպ)՝ 711).

رسی (Farsi): **توجه**: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY: 711) 1-800-776-4466 تماس بگیرید.

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-776-4466 (телетайп: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-776-4466（TTY:711）まで、お電話にてご連絡ください。

العربية (Arabic):
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-776-4466 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-776-4466 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-776-4466 (TTY: 711)។

Y0118_20_525B_C 07312020

Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-776-4466 (TTY: 711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-776-4466 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-776-4466 (TTY: 711).

ພາສາລາວ (Lao): ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັ່ງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-800-776-4466 (TTY: 711).

blue california

Este formulario se actualizó el **11/22/2021** . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Atención al Cliente de Blue Shield of California al (800) 776-4466 o, para usuarios del sistema TTY, al 711. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., los sábados y domingos), desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. También puede entrar a blueshieldca.com/medFormulary2021.

Blue Shield of California complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability. Blue Shield of California cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻 狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。

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