



Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP)

Lista de Medicamentos Cubiertos de 2027 (Lista de Medicamentos o Formulario)

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

N.º de identificación del formulario 27198, versión 10

Esta *Lista de Medicamentos* se actualizó el 09/01/2026 .

Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, llámenos al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, o visite blueshieldca.com/medformulary2027.

H2819_26_149A_C Approved 08182026

A55568EAE-SP (09/26)

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



09/01/2026

Introducción

Este documento se llama *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también se conoce como *Lista de Medicamentos*). Aquí encontrará cuáles son los medicamentos que cubre Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Además, en la *Lista de Medicamentos* se indica si hay reglas o restricciones especiales para algún medicamento cubierto por Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. En el último capítulo del *Manual para Miembros* aparecen los términos clave y sus definiciones.

Índice

A. Avisos legales	iv
B. Preguntas frecuentes	xiv
B1. ¿Qué medicamentos recetados aparecen en la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> ? (Usamos la frase “ <i>Lista de Medicamentos</i> ” para referirnos a la <i>Lista de Medicamentos</i> <i>Cubiertos</i> de forma abreviada).....	xiv
B2. ¿La <i>Lista de Medicamentos</i> cambia alguna vez?	xv
B3. ¿Qué pasa si hay un cambio en la <i>Lista de Medicamentos</i> ?	xvi
B4. ¿Hay algún tipo de restricción o límite para la cobertura de medicamentos, o hay algo que deba hacer para obtener ciertos medicamentos?	xvii
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si debo hacer algo para obtenerlo?	xviii
B6. ¿Qué pasa si Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan cambia sus reglas sobre la forma en que cubre algunos medicamentos (por ejemplo, si hay restricciones, como una autorización previa, límites de cantidad y/o tratamiento escalonado)?	xviii
B7. ¿Cómo encontrar un medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i> ?.....	xix
B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>Lista</i> <i>de Medicamentos</i> ?	xix
B9. ¿Qué pasa si soy un miembro nuevo de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan y no puedo encontrar mi medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i> o tengo problemas para obtenerlo?	xx
B10. ¿Puedo pedir una excepción para que cubran mi medicamento?.....	xxi
B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?	xxi

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



B12. ¿Cuánto tiempo hay que esperar para obtener una excepción?	xxii
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	xxii
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	xxii
B15. ¿Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan cubre suministros a largo plazo de medicamentos recetados?	xxiii
B16. ¿Mi farmacia local puede enviar los medicamentos recetados a mi hogar?	xxiii
B17. ¿Cuál es el copago que debo pagar?	xxiv
C. Resumen de la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i>	xxviii
C1. Lista de medicamentos ordenados por problema de salud	xxix
D. Índice de medicamentos cubiertos	142

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



A. Avisos legales

Esta es una lista de los medicamentos que los miembros pueden obtener en Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

- ❖ Puede consultar la *Lista de Medicamentos Cubiertos* actualizada de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan en cualquier momento por Internet, en blueshieldca.com/medformulary2027, o llamando al (800) 452-4413 (TTY: 711). La llamada es gratis.
- ❖ Blue Shield of California es un miembro independiente de Blue Shield Association.
- ❖ Puede conseguir este documento gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al número incluido en el pie de página de este documento. La llamada es gratis.
- ❖ Blue Shield of California es un plan HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Medicaid del Estado de California. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.
- ❖ The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。
- ❖ *Este documento está disponible gratis en inglés, español, árabe, armenio, chino simplificado, chino tradicional, farsi, jemer (camboyano), coreano, ruso, tagalo y vietnamita.*

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



ATTENTION: If you need help in your language, call (800) 452-4413 (TTY:711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call (800) 452-4413 (TTY:711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY:711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY:711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, գանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निः शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。

点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。

1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ເທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413

(TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

1-800-452-4413 توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، (TTY: 711) 1-800-مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند. (TTY: 711) 452-4413

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [blueshieldca.com/medformulary2027](https://www.blueshieldca.com/medformulary2027).



Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข

1-800-452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้

ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ

สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ

ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่

กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711)

ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711).

Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413

(TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như

tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-452-4413

(TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

- ❖ Puede hacer un pedido permanente para conseguir este documento y futuras comunicaciones necesarias en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo (letra grande, braille, audio, etc.). Para hacer este pedido, puede comunicarse con Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Servicio al Cliente mantendrá registradas sus preferencias de idioma y formato hasta que usted desee actualizarlas.
- ❖ Para cambiar un pedido permanente y recibir las comunicaciones necesarias en su idioma preferido o en un formato alternativo, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan llamando al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



B. Preguntas frecuentes

Encuentre las respuestas a sus preguntas sobre esta *Lista de Medicamentos Cubiertos* (*Lista de Medicamentos*). Puede leer todas las preguntas frecuentes para obtener más información o buscar una pregunta y su respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos recetados aparecen en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*? (Usamos la frase “*Lista de Medicamentos*” para referirnos a la *Lista de Medicamentos Cubiertos* de forma abreviada).

Los medicamentos que aparecen en la *Lista de Medicamentos* que empieza en la **Sección C** son los medicamentos que cubre Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Puede conseguir los medicamentos en las farmacias de nuestra red. Una farmacia se considera parte de nuestra red si tiene un contrato con nosotros para trabajar juntos y brindarle servicios. Estas farmacias se llaman “farmacias de la red”.

Es posible que Medi-Cal Rx cubra otros medicamentos, como los de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés), y ciertas vitaminas. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC, por sus siglas en inglés) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan cubrirá todos los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* que sean médicamente necesarios si se cumplen estos requisitos:
 - su médico u otro profesional que le hace las recetas indica que usted los necesita para mejorar o mantenerse saludable;
 - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan está de acuerdo con que el medicamento es médicamente necesario para usted; **y**
 - usted obtiene su medicamento recetado en una farmacia de la red de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
- En algunos casos, es necesario seguir algunos pasos para obtener un medicamento. Lea la pregunta B4 para conocer más detalles.

La lista actualizada de los medicamentos que cubrimos también está disponible en nuestro sitio web (blueshieldca.com/medformulary2027) o por teléfono, llamando a Servicio al Cliente a los números incluidos en el pie de página de este documento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



B2. ¿La *Lista de Medicamentos* cambia alguna vez?

Sí, y Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan debe seguir las reglas de Medicare y Medi-Cal cuando hace cambios. Tal vez agreguemos o quitemos medicamentos de la *Lista de Medicamentos* durante el año.

También es posible que cambiemos las reglas sobre los medicamentos. Estos son algunos ejemplos de los cambios que podríamos hacer:

- Decidir que se necesita una autorización previa para un medicamento o que no es necesaria. (La autorización previa es un permiso que le da Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan para que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de medicamento que usted puede obtener (esto se llama "límites de cantidad").
- Agregar o cambiar las restricciones de tratamiento escalonado de un medicamento. (El tratamiento escalonado significa que usted debe probar el tratamiento con un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para conocer más detalles sobre estas reglas de los medicamentos, lea la pregunta B4.

Si toma un medicamento que estaba cubierto al **principio** del año, por lo general no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, salvo que pase alguna de estas situaciones:

- que aparezca un medicamento nuevo y más barato en el mercado, que funcione igual de bien que el medicamento que actualmente se encuentra en la *Lista de Medicamentos*; o
- que nos enteremos de que un medicamento no es seguro; o
- que un medicamento sea retirado del mercado.

En las preguntas B3 y B6, que están más abajo, hay más información sobre qué pasa cuando cambia la *Lista de Medicamentos*.

- Puede consultar la *Lista de Medicamentos* actualizada de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan en cualquier momento por Internet, en blueshieldca.com/medformulary2027. Las actualizaciones de la *Lista de Medicamentos* se publican en el sitio web cada mes.
- También puede llamar a Servicio al Cliente a los números incluidos en el pie de página de este documento para consultar la *Lista de Medicamentos* actual.

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



B3. ¿Qué pasa si hay un cambio en la *Lista de Medicamentos*?

Algunos cambios en la *Lista de Medicamentos* serán **inmediatos**; por ejemplo, los siguientes:

- **Sustituciones de ciertas versiones nuevas** de medicamentos. Es posible que quitemos medicamentos de la *Lista de Medicamentos* de forma inmediata si los reemplazamos por ciertas versiones nuevas de ese medicamento; sin embargo, el medicamento seguirá siendo gratis para usted. Al agregar la versión nueva de un medicamento, quizá también decidamos mantener en la lista el medicamento de marca o el producto biológico original, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero le enviaremos información sobre este cambio en particular una vez que lo hagamos.
 - Solo podremos hacer estos cambios si el medicamento que agregamos cumple con alguno de estos requisitos:
 - es una versión genérica nueva de un medicamento de marca; o
 - es una determinada versión biosimilar nueva de productos biológicos originales incluidos en la *Lista de Medicamentos* (por ejemplo, si se agrega un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original sin que sea necesaria una nueva receta).
 - Es posible que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la **Sección B14**.
 - Usted o su proveedor pueden pedir una excepción para que no se le apliquen estos cambios. Le mandaremos un aviso con los pasos a seguir para pedir una excepción. Lea las preguntas B10 a B12 para conocer más detalles sobre las excepciones.
- **Eliminación de medicamentos que no son seguros y de otros medicamentos que se retiran del mercado.** En algunos casos, puede determinarse que un medicamento no es seguro o puede retirarse del mercado por otro motivo. De ser así, es posible que lo quitemos de la *Lista de Medicamentos* inmediatamente. Si usted toma el medicamento, le enviaremos un aviso después de que hagamos el cambio. El profesional que le hace las recetas también estará al tanto de este cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para tratar su problema de salud.

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



Es posible que hagamos otros cambios que influyan en los medicamentos que usted toma. Le avisaremos con anticipación sobre estos otros cambios en la *Lista de Medicamentos*. Estos cambios pueden hacerse en los siguientes casos:

- si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) brinda nuevas pautas o si hay guías clínicas nuevas sobre un medicamento;
- si quitamos un medicamento de marca de la *Lista de Medicamentos* cuando agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado;
- si quitamos un producto biológico original cuando agregamos un biosimilar; o
- si cambiamos las reglas o los límites de cobertura del medicamento de marca.

Cuando se implementen estos cambios, haremos lo siguiente:

- le avisaremos que haremos el cambio en la *Lista de Medicamentos* con al menos 30 días de anticipación; o
- le enviaremos el aviso y le daremos un suministro del medicamento de 30 días después de que pida una repetición.

De esta manera, usted tendrá tiempo para hablar con su médico o con otro profesional que le haga las recetas. Ellos le ayudarán a decidir lo siguiente:

- si en la *Lista de Medicamentos* hay un medicamento similar que pueda tomar en reemplazo del anterior; o
- si debe pedir una excepción para que no se le apliquen estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, lea las preguntas B10 a B12.

B4. ¿Hay algún tipo de restricción o límite para la cobertura de medicamentos, o hay algo que deba hacer para obtener ciertos medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o límites para la cantidad que puede obtener. En algunos casos, para obtener el medicamento, usted, su médico u otro profesional que le hace las recetas deben seguir ciertos pasos; por ejemplo:

- **Autorización previa:** para obtener algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional que le hace las recetas deben conseguir una autorización de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan según criterios específicos para que usted obtenga su medicamento recetado. Una “autorización previa” no es lo mismo que una “referencia”. Es posible que Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan no cubra el medicamento si usted no obtiene la autorización previa.

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



- **Límites de cantidad:** algunas veces, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan limita la cantidad de medicamento que usted puede obtener.
- **Tratamiento escalonado:** en algunos casos, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan le exige hacer un tratamiento escalonado. Esto significa que usted tendrá que probar medicamentos en un determinado orden para tratar su problema de salud. Es posible que deba probar un medicamento para que cubramos otro. Si el profesional que le hace las recetas opina que el primer medicamento no le hace efecto, cubriremos el segundo.

En las tablas de la **Sección C** puede ver si su medicamento tiene algún límite o requisito adicional. Además, puede obtener más información en nuestro sitio web, blueshieldca.com/medformulary2027. Hemos publicado en Internet documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Puede pedir una excepción para que no se le apliquen estos límites. De esta manera, usted tendrá tiempo para hablar con su médico o con otro profesional que le haga las recetas. Ellos pueden ayudarle a decidir si en la *Lista de Medicamentos* hay un medicamento similar que pueda tomar en reemplazo del anterior o si debe pedir una excepción. Lea las preguntas B10 a B12 para conocer más detalles sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si debo hacer algo para obtenerlo?

La tabla de la sección “Lista de medicamentos ordenados por problema de salud” tiene una columna llamada “Acciones necesarias, restricciones o límites para el uso”.

B6. ¿Qué pasa si Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan cambia sus reglas sobre la forma en que cubre algunos medicamentos (por ejemplo, si hay restricciones, como una autorización previa, límites de cantidad y/o tratamiento escalonado)?

En algunos casos, le avisaremos con anticipación si agregamos o cambiamos las restricciones de autorización previa, límites de cantidad y/o tratamiento escalonado para un medicamento. Lea la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso con anticipación y las situaciones en las que tal vez no podamos avisarle antes de que haya cambios en nuestras reglas sobre los medicamentos de la *Lista de Medicamentos*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite blueshieldca.com/medformulary2027.



B7. ¿Cómo encontrar un medicamento en la *Lista de Medicamentos*?

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

- puede buscar por orden alfabético; o
- puede buscar por problema de salud.

Para buscar **por orden alfabético**, busque su medicamento en la sección llamada “Índice de medicamentos cubiertos”, que está en el índice que empieza en la página 142. En el índice, encontrará una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento, tanto los de marca como los genéricos. Revise el índice y busque su medicamento. Al lado del nombre del medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar información sobre la cobertura.

Para buscar **por problema de salud**, consulte la sección llamada “Lista de medicamentos ordenados por problema de salud”. Los medicamentos de esta sección están agrupados en diferentes categorías según el tipo de problema de salud que tratan. Por ejemplo, si tiene una enfermedad del corazón, debe buscar en la categoría “Cardiovasculares”. Allí encontrará los medicamentos que se usan para tratar ese tipo de enfermedades.

B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la *Lista de Medicamentos*?

Si no encuentra su medicamento en la *Lista de Medicamentos*, pregúntenos por teléfono llamando a Servicio al Cliente a los números incluidos en el pie de página de este documento. Si le informan que Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan no cubrirá el medicamento, puede elegir una de estas opciones:

- pedirle a Servicio al Cliente una lista de medicamentos que sean como el que quiere tomar y, después, mostrarle la lista a su médico o a otro profesional que le hace recetas. Ellos pueden recetarle un medicamento de la *Lista de Medicamentos* que sea similar al que usted quiere tomar; o
- pedirle a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan que haga una excepción y que cubra su medicamento. Lea las preguntas B10 a B12 para conocer más detalles sobre las excepciones.

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [blueshieldca.com/medformulary2027](https://www.blueshieldca.com/medformulary2027).



B9. ¿Qué pasa si soy un miembro nuevo de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan y no puedo encontrar mi medicamento en la *Lista de Medicamentos* o tengo problemas para obtenerlo?

Podemos ayudarle. Es posible que cubramos un suministro temporal de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. De esta manera, usted tendrá tiempo para hablar con su médico o con otro profesional que le haga las recetas. Ellos pueden ayudarle a decidir si en la *Lista de Medicamentos* hay un medicamento similar que pueda tomar en reemplazo del anterior o si debe pedir una excepción.

Si su receta indica menos días, le dejaremos obtener varias repeticiones hasta alcanzar el máximo de 30 días del medicamento.

Cubriremos un suministro de 30 días del medicamento en los siguientes casos:

- si usted toma un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*; o
- si las reglas de nuestro plan no le permiten obtener la cantidad que pide el profesional que le hace las recetas; o
- si, para obtener el medicamento, necesita la autorización previa de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan; o
- si usted toma un medicamento que es parte de una restricción de tratamiento escalonado.

Si toma un medicamento que, según Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, no es de la Parte D, y no está en la *Lista de Medicamentos* y usted tiene problemas para conseguirlo, es posible que Medi-Cal Rx lo cubra. Si es necesario hacer una excepción para un medicamento excluido de la Parte D, y usted tiene una emergencia, Medi-Cal Rx le dará, como mínimo, un suministro del medicamento de 72 horas. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC, por sus siglas en inglés) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

Si usted está en un hogar de ancianos o en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la *Lista de Medicamentos*, o si le es difícil conseguir el medicamento que necesita, podemos brindarle ayuda. Si hace más de 90 días que está inscrito en el plan, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro de 31 días del medicamento que necesita (salvo que tenga una receta por menos días), independientemente de si es un miembro nuevo de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



- Esto se suma al suministro temporal que le daremos durante los primeros 90 días de su membresía en Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Política de transición

Si un beneficiario cambia de un lugar de tratamiento a otro, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan garantizará un proceso rápido para aprobar los medicamentos de la Parte D que no estén en el formulario. Este proceso también se aplicará a los medicamentos de la Parte D que estén en el formulario y que necesiten autorización previa o tratamiento escalonado. Estos son algunos ejemplos de cambios en el nivel de atención: beneficiarios que reciben el alta de un hospital y van a un hogar, beneficiarios que terminan su estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare y que necesitan volver al formulario de la Parte D de su plan, beneficiarios que terminan su estadía en un centro de atención a largo plazo y vuelven a la comunidad, y beneficiarios que reciben el alta de un hospital psiquiátrico con regímenes de medicamentos muy personalizados.

B10. ¿Puedo pedir una excepción para que cubran mi medicamento?

Sí, puede pedirle a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan que haga una excepción y que cubra un medicamento que no está en la *Lista de Medicamentos*.

También puede pedirnos que cambiemos las reglas de su medicamento. A continuación, le mostramos algunos ejemplos:

- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan puede poner un límite en la cantidad que cubriremos de un medicamento. Si hay un límite para su medicamento, puede pedirnos que lo cambiemos y que cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que cancelemos las restricciones de tratamiento escalonado o los requisitos de autorización previa.

B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?

Llame a Servicio al Cliente para pedir una excepción. Un representante de Servicio al Cliente trabajará con usted y con el profesional que le hace las recetas para ayudarlo a pedir una excepción. También puede leer la **Sección G2 del Capítulo 9** del *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las excepciones.

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



B12. ¿Cuánto tiempo hay que esperar para obtener una excepción?

Después de que el profesional que le hace las recetas nos mande una declaración que respalde su pedido de excepción, le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas. El profesional que le hace las recetas puede enviar esta declaración de manera electrónica (por Internet o por fax) o por correo postal. También puede llamar al Departamento de Farmacia de Blue Shield al (800) 535-9481, hacer la declaración verbalmente y después enviarnos una declaración por escrito si es necesario.

Si usted o el profesional que le hace las recetas piensan que esperar 72 horas para que se tome una decisión podría ser peligroso para su salud, usted puede pedir una excepción urgente. Esta decisión es más rápida. Si el profesional que le hace las recetas respalda su pedido, le informaremos la decisión dentro de las 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de ese profesional.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están hechos de los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos que un medicamento de marca y funcionan igual de bien. Normalmente, no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

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

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el **Capítulo 5** del *Manual para Miembros*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



B15. ¿Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan cubre suministros a largo plazo de medicamentos recetados?

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el proveedor de servicios de envío al hogar de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se suministran mediante el servicio de envío al hogar son medicamentos que se toman regularmente para el tratamiento de un problema de salud crónico o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles mediante el proveedor de servicios de envío al hogar del plan están marcados con el símbolo NDS en nuestra *Lista de Medicamentos*.

- **Servicios de envío al hogar.** Ofrecemos un servicio de envío al hogar con el que puede obtener **un suministro de hasta 100 días para medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1, medicamentos genéricos del Nivel 2, medicamentos de marca preferidos del Nivel 3 y medicamentos no preferidos del Nivel 4.** El suministro de 100 días para medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1 y medicamentos genéricos del Nivel 2 tiene el mismo copago que el suministro de un mes para los Niveles 1 y 2. El suministro de 100 días para medicamentos de marca preferidos del Nivel 3 y medicamentos no preferidos del Nivel 4 tiene el mismo copago que el suministro de un mes para los Niveles 3 y 4.
- **Programas de farmacias de venta al por menor.** Es posible que algunas farmacias de venta al por menor también ofrezcan **un suministro de hasta 100 días para medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1, medicamentos genéricos del Nivel 2, medicamentos de marca preferidos del Nivel 3 y medicamentos no preferidos del Nivel 4.** El suministro de 100 días para medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1 y medicamentos genéricos del Nivel 2 tiene el mismo copago que el suministro de un mes para los Niveles 1 y 2. El suministro de 100 días para medicamentos de marca preferidos del Nivel 3 y medicamentos no preferidos del Nivel 4 tiene el mismo copago que el suministro de un mes para los Niveles 3 y 4.

B16. ¿Mi farmacia local puede enviar los medicamentos recetados a mi hogar?

Es posible que su farmacia local pueda enviarle los medicamentos recetados a su hogar. Puede llamar a la farmacia para averiguar si ofrece el servicio de envío al hogar.

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite blueshieldca.com/medformulary2027.



B17. ¿Cuál es el copago que debo pagar?

Los miembros de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan tienen copagos para los medicamentos recetados si se respetan las reglas del plan.

Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos*.

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos preferidos.
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos genéricos.
- Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos de marca preferidos.
- Los medicamentos del Nivel 4 son medicamentos no preferidos.
- Los medicamentos del Nivel 5 son medicamentos de nivel especializado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente a los números incluidos en el pie de página de este documento.

Nivel	Descripción	Copago	
		Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
Nivel 1	Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0
Nivel 2	Medicamentos genéricos	\$0	\$0
Nivel 3	Medicamentos de marca preferidos	Si recibe ayuda adicional por medio del programa Extra Help (Ayuda Adicional), usted paga: Por los medicamentos genéricos cubiertos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): \$0, \$1.65 o \$5.80 Por todos los demás medicamentos cubiertos: \$0, \$5 o \$14.40 Si recibe ayuda adicional de Extra Help, usted paga entre \$0 y \$14.40 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Si recibe ayuda adicional por medio del programa Extra Help, usted paga: Por los medicamentos genéricos cubiertos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): \$0, \$1.65 o \$5.80 Por todos los demás medicamentos cubiertos: \$0, \$5 o \$14.40 Si recibe ayuda adicional de Extra Help, usted paga entre \$0 y \$14.40 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



		Si no califica para recibir ayuda adicional de Extra Help, no pagará más que \$35 por un suministro mensual, \$70 por un suministro de dos meses o \$105 por un suministro de tres meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel, o el 17 % de coseguro, la cantidad que sea menor, por cada producto no relacionado con la insulina cubierto en este nivel. Los copagos por medicamentos pueden variar según el nivel de ayuda adicional de Extra Help que usted reciba. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	Si no califica para recibir ayuda adicional de Extra Help, no pagará más que \$35 por un suministro mensual, \$70 por un suministro de dos meses o \$105 por un suministro de tres meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel, o el 17 % de coseguro, la cantidad que sea menor, por cada producto no relacionado con la insulina cubierto en este nivel. Los copagos por medicamentos pueden variar según el nivel de ayuda adicional de Extra Help que usted reciba. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.
Nivel 4	Medicamentos no preferidos	Si recibe ayuda adicional por medio del programa Extra Help, usted paga: Por los medicamentos genéricos cubiertos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): \$0, \$1.65 o \$5.80 Por todos los demás medicamentos cubiertos: \$0, \$5 o \$14.40 Si recibe ayuda adicional de Extra Help, usted paga entre \$0 y \$14.40 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Si recibe ayuda adicional por medio del programa Extra Help, usted paga: Por los medicamentos genéricos cubiertos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): \$0, \$1.65 o \$5.80 Por todos los demás medicamentos cubiertos: \$0, \$5 o \$14.40 Si recibe ayuda adicional de Extra Help, usted paga entre \$0 y \$14.40 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



		Si no califica para recibir ayuda adicional de Extra Help, no pagará más que \$35 por un suministro mensual, \$70 por un suministro de dos meses o \$105 por un suministro de tres meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel, o el 17 % de coseguro, la cantidad que sea menor, por cada producto no relacionado con la insulina cubierto en este nivel. Los copagos por medicamentos pueden variar según el nivel de ayuda adicional de Extra Help que usted reciba. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	Si no califica para recibir ayuda adicional de Extra Help, no pagará más que \$35 por un suministro mensual, \$70 por un suministro de dos meses o \$105 por un suministro de tres meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel, o el 17 % de coseguro, la cantidad que sea menor, por cada producto no relacionado con la insulina cubierto en este nivel. Los copagos por medicamentos pueden variar según el nivel de ayuda adicional de Extra Help que usted reciba. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.
Nivel 5	Medicamentos de nivel especializado	Si recibe ayuda adicional por medio del programa Extra Help, usted paga: Por los medicamentos genéricos cubiertos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): \$0, \$1.65 o \$5.80 Por todos los demás medicamentos cubiertos: \$0, \$5 o \$14.40 Si no califica para recibir ayuda adicional de Extra Help, no pagará más que el 25 % de coseguro por cada producto cubierto en este nivel.	No disponible

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



		Los copagos por medicamentos pueden variar según el nivel de ayuda adicional de Extra Help que usted reciba. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	
--	--	---	--

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



C. Resumen de la *Lista de Medicamentos Cubiertos*

En la *Lista de Medicamentos Cubiertos* encontrará información sobre los medicamentos que cubre Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos, que empieza en la **Sección D**. Allí aparecen todos los medicamentos que cubre Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ordenados alfabéticamente.

Es posible que Medi-Cal Rx cubra otros medicamentos, como los de venta sin receta (OTC) y ciertas vitaminas. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

Apelaciones según la Parte D

- La apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la cambiemos si usted piensa que nos equivocamos.
- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea no está cubierto o que Medicare o Medi-Cal ya no lo cubren.
- Si usted o el profesional que le hace las recetas no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. Si en algún momento quiere hacer una pregunta, llame a Servicio al Cliente a los números incluidos en el pie de página de este documento.
- También puede leer el **Capítulo 9** del *Manual para Miembros* para saber cómo apelar una decisión.
- En el caso de los medicamentos que no son de la Parte D, las reglas de apelación son distintas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



C1. Lista de medicamentos ordenados por problema de salud

Los medicamentos de esta sección están agrupados en diferentes categorías según el tipo de problema de salud que tratan. Por ejemplo, si tiene una enfermedad del corazón, debe buscar en la categoría “Cardiovasculares”. Allí encontrará los medicamentos que se usan para tratar ese tipo de enfermedades.

LEYENDA

NIVEL	NOMBRE	
1	Medicamentos genéricos preferidos	
2	Medicamentos genéricos	
3	Medicamentos de marca preferidos	
4	Medicamentos no preferidos	
5	Medicamentos de nivel especializado	
SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
LA	Acceso limitado (<i>Limited Access</i>)	Es posible que este medicamento recetado solo esté disponible en algunas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de Farmacias o llame a Servicio al Cliente.
PA	Autorización previa (<i>Prior authorization</i>)	La cobertura de este medicamento recetado requiere autorización previa de Blue Shield. Llame a Blue Shield para dar la información necesaria para que se determine la cobertura. Es posible que algunos medicamentos requieran una determinación de cobertura de la Parte B o la Parte D, según las reglas de cobertura de Medicare.
QL	Límite de cantidad (<i>Quantity Limit</i>)	Este medicamento tiene un límite de dosis o de cantidad recetada. Los límites máximos de dosis diaria los define la FDA y se explican en el prospecto del medicamento. Otros límites de cantidad promueven una dosificación consolidada cuando sea posible.
ST	Tratamiento escalonado (<i>Step Therapy</i>)	La cobertura para este medicamento recetado se brinda cuando ya se han probado tratamientos con otros medicamentos de primera línea o medicamentos preferidos (tratamiento escalonado).

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
NDS	Suministro de días no extendido (<i>Non-Extended Day Supply</i>)	Los medicamentos NO están disponibles para un suministro a largo plazo.

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos aparecen con letras minúsculas y en cursiva (por ejemplo, *simvastatina*), y los medicamentos de marca aparecen con letras mayúsculas (por ejemplo, ELIQUIS). La información de la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso” indica si Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan tiene alguna regla para cubrir su medicamento.

D. Índice de medicamentos cubiertos

En esta sección, puede buscar el nombre de un medicamento por orden alfabético. Aquí encontrará el número de página que contiene más información sobre la cobertura de su medicamento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA		
<i>acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)</i>	NIVEL 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	NIVEL 4	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate 30 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	NIVEL 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 10-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 7.5-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (concentrate) (100 mg/5ml solution, 20 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml solution</i>	NIVEL 3	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 20 mg/5ml solution</i>	NIVEL 3	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 100 mg/5ml conc</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 20 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i>	NIVEL 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA		
<i>buprenorphine (10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk, 5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk)</i>	NIVEL 4	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fentanyl (100 mcg/hr patch 72hr, 12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr)</i>	NIVEL 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	PA, NDS
<i>methadone hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 5 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er (100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 mg tab er)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	NIVEL 4	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	NIVEL 4	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS), NDS
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES		
<i>butalbital-aspirin-cafeine 50-325-40 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>celecoxib (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium 1.5 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	NIVEL 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium 75 mg tab dr</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<i>etodolac (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>etodolac (400 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>etodolac er (400 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 3	
FLURBIPROFEN (100 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>meloxicam (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<i>naproxen dr 500 mg tab dr</i>	NIVEL 2	
<i>naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>oxaprozin 600 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	

ANESTÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine 5 % ointment</i>	NIVEL 4	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5 % patch</i>	NIVEL 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine hcl 4 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lidocan 5 % patch</i>	NIVEL 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (10 PER 30 DAYS)
PREMIUM LIDOCAINE 5 % OINTMENT	NIVEL 4	QL (50 PER 30 DAYS)

ANSIOLÍTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANSIOLÍTICOS, OTROS		
<i>buspirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
BENZODIACEPINAS		
<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANSIOLÍTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>alprazolam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)</i>	NIVEL 3	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 0.5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab disp</i>	NIVEL 3	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab disp</i>	NIVEL 3	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (720 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 10 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	NIVEL 2	QL (1800 PER 30 DAYS)
<i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam 0.5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam 1 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>	NIVEL 3	QL (150 PER 30 DAYS)

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTITABACO, MEDICAMENTOS		
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
<i>varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk</i>	NIVEL 4	QL (53 PER 30 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
DEPENDENCIA A OPIOIDES		
<i>buprenorphine hcl (2 mg sl tab, 8 mg sl tab)</i>	NIVEL 2	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (12-3 mg film, 2-0.5 mg film, 2-0.5 mg sl tab, 4-1 mg film, 8-2 mg film, 8-2 mg sl tab)</i>	NIVEL 2	
DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN		
<i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>	NIVEL 4	
<i>disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
REVERTIDORES OPIOIDEOS		
KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml soln prsyr, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsyr, 4 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AMINOGLUCÓSIDOS		
<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	NIVEL 4	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	NIVEL 5	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
<i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	NIVEL 2	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	NIVEL 4	
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 10 mg/ml solution, 2 gm/50ml solution, 80 mg/2ml solution)</i>	NIVEL 4	
ANTIBACTERIANOS, OTROS		
<i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>clindamycin hcl (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>clindamycin phosphate (300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 900 mg/6ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>clindamycin phosphate 2 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)</i>	NIVEL 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>	NIVEL 4	QL (4 PACKETS PER 28 OVER TIME)
<i>lincomycin hcl 300 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>	NIVEL 5	PA
<i>linezolid 600 mg tab</i>	NIVEL 4	PA
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	NIVEL 4	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	NIVEL 5	
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	NIVEL 4	
<i>metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metronidazole (0.75 % lotion, 1 % gel, 500 mg/100ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>metronidazole 0.75 % cream</i>	NIVEL 3	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>trimethoprim 100 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 1.75 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 125 mg cap, 2 gm recon soln, 250 mg cap, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>vancomycin hcl 5 gm recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XIFAXAN 200 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS		
CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	NIVEL 2	
<i>cefadroxil (1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)</i>	NIVEL 3	
<i>cefadroxil 500 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>cefazolin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, 300 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)</i>	NIVEL 3	
<i>cefdinir 300 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>cefepime hcl (1 gm recon soln, 1 gm/50ml solution, 2 gm recon soln, 2 gm/100ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
CEFPODOXIME PROXETIL (100 MG TAB, 100 MG/5ML RECON SUSP, 200 MG TAB, 50 MG/5ML RECON SUSP)	NIVEL 4	
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ceftaroline fosamil (400 mg recon soln, 600 mg recon soln)</i>	NIVEL 5	
CEFTAZIDIME (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)</i>	NIVEL 2	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	
BETALACTÁMICOS, PENICILINAS		
<i>amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>amoxicillin trihydrate 250 mg/5ml recon susp</i>	NIVEL 2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)</i>	NIVEL 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 400-57 MG CHEW TAB	NIVEL 3	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab er 12h</i>	NIVEL 4	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>ampicillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
BICILLIN L-A (1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR, 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR)	NIVEL 4	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>nafcillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>penicillin g potassium (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i>	NIVEL 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	NIVEL 4	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>pfizerpen (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>piperacillin sod-tazobactam so (13.5 (12-1.5) gm recon ln, 2.25 (2-0.25) gm recon ln, 3-0.375 gm recon ln, 3.375 (3-0.375) gm recon ln, 4-0.5 gm recon ln, 4.5 (4-0.5) gm recon ln, 40.5 (36-4.5) gm recon ln)</i>	NIVEL 4	
CARBAPENÉMICOS		
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	NIVEL 3	
<i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	NIVEL 4	
<i>clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>clarithromycin er 500 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
<i>e.e.s. 400 400 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>erythrocin lactobionate 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>fidaxomicin 200 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
QUINOLONAS		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	NIVEL 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	NIVEL 4	
<i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	NIVEL 3	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SULFONAMIDAS		
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 2	
TETRACICLINAS		
<i>avidoxy 100 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>doxy 100 100 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>doxycycline hyclate (100 mg cap, 100 mg tab, 20 mg tab, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>minocycline hcl (100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>mondoxylene nl 100 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTICONVULSIVOS, OTROS		
<i>brivaracetam (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	NIVEL 5	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>brivaracetam 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 5	ST, QL (600 PER 30 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<i>divalproex sodium er (250 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>	NIVEL 4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lamotrigine (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>lamotrigine (25 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>	NIVEL 2	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>perampanel (10 mg tab, 12 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>perampanel 0.5 mg/ml suspension</i>	NIVEL 4	QL (720 PER 30 DAYS)
<i>perampanel 2 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>roweepra 500 mg tab</i>	NIVEL 2	
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (1500 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>topiramate (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 50 mg cap sprink)</i>	NIVEL 2	
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 2	
XCOPRI (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS		
<i>carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>carbamazepine er (100 mg cap er 12h, 100 mg tab er 12h, 200 mg cap er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg cap er 12h, 400 mg tab er 12h)</i>	NIVEL 3	
DILANTIN (100 MG CAP, 30 MG CAP)	NIVEL 4	
<i>epitol 200 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 4	
<i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension, 50 mg chew tab)</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	NIVEL 4	ST, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	NIVEL 5	ST, QL (2400 PER 30 DAYS)
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	NIVEL 4	ST, QL (240 PER 30 DAYS)
XCOPRI (14 X 150 MG & 14 X200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X100 MG TAB THPK)	NIVEL 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	
<i>zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
<i>clobazam 10 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	NIVEL 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 20 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>diazepam 10 mg gel</i>	NIVEL 4	QL (20 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 2.5 mg gel</i>	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 20 mg gel</i>	NIVEL 4	QL (40 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)</i>	NIVEL 3	QL (2160 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>phenobarbital (100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 30 mg/7.5ml elixir, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/15ml elixir, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYMPAZAN 5 MG FILM	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 4	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 2 X 10 MG/0.1ML LIQD THPK	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i>	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	LA, QL (1080 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>methsuximide 300 mg cap</i>	NIVEL 4	

ANTIDEMENCIALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA)		
<i>memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	
<i>memantine hcl er (14 mg cap er 24h, 21 mg cap er 24h, 28 mg cap er 24h, 7 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 4	
ANTIDEMENCIALES, OTROS		
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	NIVEL 3	
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) 2 X 250 MG/1.25ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, LA, QL (10 ML PER 28 DAYS)
LEQEMBI IQLIK 360 MG/1.8ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, LA, QL (7.2 ML PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIDEMENCIALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
<i>donepezil hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>donepezil hcl 23 mg tab</i>	NIVEL 4	ST
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i>	NIVEL 2	
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i>	NIVEL 2	
<i>galantamine hydrobromide (12 mg tab, 4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rivastigmine (13.3 mg/24hr patch 24hr, 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>	NIVEL 3	

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIDEPRESIVOS, OTROS		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUVELITY TITRATION PACK 30-105 MG & 45-105 MG TBER THPK	NIVEL 4	QL (102 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
EXXUA (18.2 MG TAB ER 24H, 36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	QL (64 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYBALVI (10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB, 5-10 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	NIVEL 5	QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	NIVEL 5	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA		
EMSAM (12 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN 10 MG TAB	NIVEL 4	
PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	NIVEL 4	
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)/INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (SNRI)		
<i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>citalopram hydrobromide (10 mg/5ml solution, 20 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 3	
<i>desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>escitalopram oxalate (10 mg/10ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	
FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	NIVEL 4	QL (28 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 1	
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>	NIVEL 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	NIVEL 4	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
NEFAZODONE HCL (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	
<i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (900 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>paroxetine hcl er (12.5 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 37.5 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	NIVEL 3	
<i>trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>trazodone hcl 300 mg tab</i>	NIVEL 3	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>venlafaxine hcl er (150 mg cap er 24h, 37.5 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
TRICÍCLICOS		
<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>amoxapine (100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>desipramine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>doxepin hcl (10 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>doxepin hcl 10 mg/ml conc</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>protriptyline hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>trimipramine maleate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIEMÉTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIEMÉTICOS, OTROS		
<i>compro 25 mg suppos</i>	NIVEL 4	
<i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metoclopramide hcl (10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>metoclopramide hcl 5 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>	NIVEL 4	
<i>prochlorperazine maleate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIEMÉTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	NIVEL 4	
COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGENICA		
<i>aprepitant (125 mg cap, 80 & 125 mg cap thpk, 80 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
<i>dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 4 mg tab disp</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 8 mg tab disp</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	NIVEL 2	QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	QL (900 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIESPÁSTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIESPÁSTICOS		
<i>baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIESPÁSTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>baclofen 15 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>baclofen 5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>dantrolene sodium (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 2	

ANTIFÚNGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i>	NIVEL 2	
CRESEMBA 186 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CRESEMBA 74.5 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>fluconazole (10 mg/ml recon susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)</i>	NIVEL 4	
<i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 5	
<i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIFÚNGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	NIVEL 4	
<i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	NIVEL 4	
<i>micafungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	NIVEL 3	
<i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>	NIVEL 4	
<i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i>	NIVEL 2	
<i>nystatin 100000 unit/gm powder</i>	NIVEL 4	
<i>nystop 100000 unit/gm powder</i>	NIVEL 4	
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	NIVEL 4	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)</i>	NIVEL 3	
<i>terconazole 80 mg suppos</i>	NIVEL 4	
<i>voriconazole (200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA
<i>voriconazole 200 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIGOTOSOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIGOTOSOS		
<i>allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIGOTOSOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>probenecid 500 mg tab</i>	NIVEL 2	

ANTIJAQUECOSOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA (5-HT)		
<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
ALCALOIDES DE ERGOTAMINA		
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB	NIVEL 3	QL (40 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIJAQUECOSOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS		
AIMOVIG (140 MG/ML SOLN A-INJ, 70 MG/ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 30 DAYS)
NURTEC 75 MG TAB DISP	NIVEL 5	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)

ANTIMIASTÉNICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab er</i>	NIVEL 4	

ANTIMICOBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS		
<i>dapsone (100 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	NIVEL 4	
ANTITUBERCULOSOS		
<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab, 50 mg/5ml syrup)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIMICOBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRETOMANID 200 MG TAB	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>rifapentine 150 mg tab</i>	NIVEL 4	
SIRTURO (100 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 5	PA
TRECTOR 250 MG TAB	NIVEL 4	

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALQUILANTES		
CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
LEUKERAN 2 MG TAB	NIVEL 4	
<i>lomustine (10 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>lomustine 100 mg cap</i>	NIVEL 5	
MATULANE 50 MG CAP	NIVEL 5	LA
ANTIANDRÓGENOS		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abirtega 250 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERLEADA 240 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EULEXIN 125 MG CAP	NIVEL 3	
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIANGIOGÉNICOS		
<i>lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)</i>	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
THALOMID 50 MG CAP	NIVEL 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES		
<i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	
INLURIYO 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	NIVEL 4	
VEPPANU (100 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIMETABOLITOS		
<i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	NIVEL 3	
ANTINEOPLÁSICOS, OTROS		
AKEEGA (100-500 MG TAB, 50-500 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 40 MG CAP	NIVEL 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI PEN 500 MCG/0.5ML SOLN PEN	NIVEL 5	LA, QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FRUZAQLA 1 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	NIVEL 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IWILFIN 192 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB	NIVEL 2	
<i>leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	NIVEL 5	
MODEYSO 125 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (20 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZENBEXUS (0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	NIVEL 5	QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO		
<i>mesna 400 mg tab</i>	NIVEL 4	
VONJO 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INHIBIDORES DE ENZIMAS		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER PACK	NIVEL 5	LA, QL (66 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 240 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN		
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	NIVEL 1	
<i>exemestane 25 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES		
ALECENSA 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	NIVEL 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 500 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bosutinib (400 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bosutinib 100 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BRAFTOVI 75 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 160 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAVHANZA (60 MG TAB DISP, 80 MG TAB DISP)	NIVEL 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (126 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG TAB SOL	NIVEL 5	LA, QL (168 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 2 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HERNEXEOS 60 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HYRNUO 10 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBTROZI 200 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (100 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (140 MG CAP, 140 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (280 MG TAB, 420 MG TAB, 70 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H, 33 MG TAB ER 24H, 44 MG TAB ER 24H, 55 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JAYPIRCA 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOMZIFTI 200 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (125 MG DOSE) 1 X 25 MG & 1 X 100 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (18 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (150 MG DOSE) 2 X 25 MG & 1 X 100 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (27 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	NIVEL 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LUMAKRAS 240 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	NIVEL 5	LA, QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nilotinib hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	NIVEL 5	QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ODOMZO 200 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 5	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PAZOPANIB HCL 400 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (13.5 MG TAB, 4.5 MG TAB, 9 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RETEVMO 40 MG TAB	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 110 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 160 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	NIVEL 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	NIVEL 5	QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SCEMBLIX 40 MG TAB	NIVEL 5	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	NIVEL 5	QL (210 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 25 mg cap</i>	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	NIVEL 5	LA, QL (900 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSE (40 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TEPMETKO 225 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	NIVEL 5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (150 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 125 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	NIVEL 3	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	NIVEL 4	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (200 MG CAP, 250 MG CAP, 50 MG CAP SPRINK)	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 20 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 80 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (32 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETINOIDES		
<i>bexarotene 1 % gel</i>	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	NIVEL 5	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPARASITARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIHELMÍNTICOS		
<i>albendazole 200 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	NIVEL 3	
ANTIPROTOZOICOS		
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 4	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (250-100 mg tab, 62.5-25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	NIVEL 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	NIVEL 4	QL (720 PER 365 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	NIVEL 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
<i>hydroxychloroquine sulfite 100 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfite 200 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfite 300 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfite 400 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
IMPAVIDO 50 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPARASITARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	NIVEL 5	PA
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	NIVEL 3	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

ANTIPARKINSONIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGONISTAS DE LA DOPAMINA		
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ropinirole hcl er (2 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h, 6 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>benztropine mesylate 1 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPARKINSONIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (240 PER 30 DAYS)
INHIBIDORES DE LA MONOAMINO OXIDASA B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
PRECURSORES DE LA DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA L-AMINOÁCIDO DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa 25 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>carbidopa-levodopa er (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)</i>	NIVEL 2	

ANTIPSIKÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP, 50-20 MG CAP)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	NIVEL 5	QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS		
<i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab, 25 mg tab, 25 mg/ml solution, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 50 mg/2ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>fluphenazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 2.5 mg/5ml elixir, 2.5 mg/ml solution, 5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>	NIVEL 4	
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>	NIVEL 3	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>loxapine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	NIVEL 4	QL (240 PER 30 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (270 PER 30 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	NIVEL 4	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>thioridazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
RESISTENTES AL TRATAMIENTO		
<i>clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, 25 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (540 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	QL (750 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 2 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 5 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>asenapine maleate (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI (1 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (16 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (24 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (16 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (4.5 ML PER 365 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (10 MG TAB, 12 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB	NIVEL 4	QL (12 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lurasidone hcl (120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lurasidone hcl 80 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>olanzapine (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<i>olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
OPIPZA (10 MG FILM, 5 MG FILM)	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OPIPZA 2 MG FILM	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (120 MG PRSYR, 90 MG PRSYR)	NIVEL 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>quetiapine fumarate er (150 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 400 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<i>risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	NIVEL 3	
<i>risperidone microspheres er (12.5 mg srrer, 25 mg srrer)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risperidone microspheres er (37.5 mg srrer, 50 mg srrer)</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VRAYLAR (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)		
LIVTENCITY 200 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS (120 MG PACKET, 20 MG PACKET)	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	NIVEL 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	NIVEL 4	QL (540 PER 30 DAYS)
ANTIGRIPALES		
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	NIVEL 3	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	NIVEL 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 X 40 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)
ANTIHEPATÍTICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (630 PER 30 DAYS)
<i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	NIVEL 3	
ANTIHEPÁTICOS CONTRA LA HEPATITIS C		
MAVYRET 100-40 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	NIVEL 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ANTIHERPÉTICOS		
<i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	NIVEL 4	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
BIXLENVO 75-50 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	NIVEL 5	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	NIVEL 3	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
TIVICAY 50 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
APTIVUS 250 MG CAP	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (390 PER 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NORVIR 100 MG PACKET	NIVEL 4	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (240 PER 30 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	NIVEL 3	QL (300 PER 30 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (360 PER 30 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	NIVEL 5	QL (270 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NO NUCLEOSÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	NIVEL 5	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>etravirine 100 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>etravirine 200 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>rilpivirine hcl 25 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NUCLEOSÍDICOS Y NUCLEOTÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NRTI)		
<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (720 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine (10 mg/ml solution, 300 mg/30ml solution)</i>	NIVEL 3	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	NIVEL 4	QL (240 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	NIVEL 2	QL (1800 PER 30 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS		
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	NIVEL 5	QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	NIVEL 5	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
IDVYNZO 100-0.25 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 150 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (1800 PER 30 DAYS)
SUNLENCA 300 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 168 OVER TIME)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
LAGEVRIO 200 MG CAP	NIVEL 5	QL (40 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 X 150 MG & 5 X 100MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (11 PER 30 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)

BIPOLARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO		
<i>lithium 8 meq/5ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>lithium carbonate er (300 mg tab er, 450 mg tab er)</i>	NIVEL 2	

BUCODENTALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BUCODENTALES		
<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	NIVEL 4	
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	NIVEL 3	
<i>oralone 0.1 % paste</i>	NIVEL 3	
<i>periogard 0.12 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA		
<i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>	NIVEL 3	
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (540 PER 30 DAYS)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
<i>droxidopa 300 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	
METHYLDOPA (250 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 3	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>losartan potassium (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>valsartan (160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>digox 125 mcg tab</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>flecainide acetate (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	NIVEL 2	
MULTAQ 400 MG TAB	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>pacerone 200 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sotalol hcl (af) (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA		
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>terazosin hcl (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 1	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>atenolol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bisoprolol fumarate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 1	
<i>metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	NIVEL 3	
<i>propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 4	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS		
<i>amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nifedipine er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>nifedipine er osmotic release (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	NIVEL 4	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS		
<i>cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl er (120 mg cap er 12h, 120 mg cap er 24h, 120 mg tab er 24h, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er 24h, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h, 60 mg cap er 12h, 90 mg cap er 12h)</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl er beads 420 mg cap er 24h</i>	NIVEL 2	
<i>matzim la (180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tiadylt er (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h, 420 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
VERAPAMIL HCL ER (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 360 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	
<i>verapamil hcl er (120 mg cap er 24h, 120 mg tab er, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er)</i>	NIVEL 2	
CARDIOVASCULARES, OTROS		
<i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl (10-20 mg cap, 10-40 mg cap, 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap)</i>	NIVEL 1	
<i>amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>amlodipine-atorvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab, 2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amlodipine-valsartan-hctz (10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab, 5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>atenolol-chlorthalidone (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	NIVEL 1	
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metirosine 250 mg cap</i>	NIVEL 5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	NIVEL 2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sacubitril-valsartan (49-51 mg tab, 97-103 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sacubitril-valsartan 24-26 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (1-240 MG TAB ER, 2-180 MG TAB ER, 2-240 MG TAB ER, 4-240 MG TAB ER)	NIVEL 1	
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab, 80-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
VERQUVO (10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WEGOVY (0.25 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 0.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS), NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
WEGOVY (1.5 MG TAB, 25 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WEGOVY (1.7 MG/0.75ML SOLN A-INJ, 2.4 MG/0.75ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS), NDS
DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO		
<i>fenofibrate (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>fenofibrate micronized (130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap, 43 mg cap, 67 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>fenofibric acid (135 mg cap dr, 45 mg cap dr)</i>	NIVEL 3	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	NIVEL 2	
DISLIPIDÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HIDROXIMETILGLUTARIL-COENZIMA A (HMG-COA) REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 1	
<i>fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	
<i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>rosuvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>simvastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
DISLIPIDÉMICOS, OTROS		
<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	NIVEL 3	
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)</i>	NIVEL 3	
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	NIVEL 2	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERTENSIVE) 500 MG TAB	NIVEL 4	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	NIVEL 4	
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	NIVEL 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	NIVEL 3	PA
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA
DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO		
<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DIURÉTICOS, ASA		
<i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>bumetanide 0.25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
FUROSEMIDE (10 MG/ML SOLUTION, 20 MG TAB, 40 MG TAB, 8 MG/ML SOLUTION, 80 MG TAB)	NIVEL 1	
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>torsemide (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
DIURÉTICOS, TIAZIDAS		
<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)		
<i>benazepril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>captopril (100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>enalapril maleate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>lisinopril (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>moexipril hcl (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PERINDOPRIL ERBUMINE (2 MG TAB, 4 MG TAB, 8 MG TAB)	NIVEL 1	
<i>quinapril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>ramipril (1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 1	
<i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 1	
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
<i>dapagliflozin (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
FARXIGA (10 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA		
<i>hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
<i>isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>isosorbide mononitrate er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 1	
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	
<i>nitro-bid 2 % ointment</i>	NIVEL 3	
<i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	NIVEL 2	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>nitroglycerin 2 % ointment</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
<i>accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>amnestem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>	NIVEL 4	
<i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel</i>	NIVEL 3	
<i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>	NIVEL 3	
<i>tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)</i>	NIVEL 4	
<i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)</i>	NIVEL 4	PA
<i>tretinoin 0.025 % cream</i>	NIVEL 3	PA
<i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS		
<i>acyclovir 5 % ointment</i>	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ciclodan 8 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)</i>	NIVEL 4	
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phos (once-daily) 1 % gel</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)</i>	NIVEL 2	
ERY 2 % PAD	NIVEL 3	
<i>erythromycin 2 % gel</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	NIVEL 2	
DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
<i>ala-cort 1 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>clobetasol propionate 0.05 % liquid</i>	NIVEL 4	QL (250 PER 30 DAYS)
<i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>desoximetasone 0.25 % cream</i>	NIVEL 4	
EUCRISA 2 % OINTMENT	NIVEL 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>	NIVEL 4	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	NIVEL 4	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)</i>	NIVEL 3	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	NIVEL 3	
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	NIVEL 2	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 4	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone (perianal) (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment</i>	NIVEL 4	
<i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)</i>	NIVEL 2	
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>	NIVEL 2	
<i>tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)</i>	NIVEL 4	QL (100 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>triderm 0.5 % cream</i>	NIVEL 2	
DERMATOLÓGICOS, OTROS		
<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)</i>	NIVEL 4	
<i>calcipotriene 0.005 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	NIVEL 3	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion</i>	NIVEL 4	
<i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)</i>	NIVEL 2	
<i>fluorouracil 5 % cream</i>	NIVEL 3	
<i>imiquimod 5 % cream</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>	NIVEL 2	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	NIVEL 5	
<i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i>	NIVEL 4	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OTEZLA XR 75 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>podofilox 0.5 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>qc alcohol 70 % misc</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>ssd 1 % cream</i>	NIVEL 2	
TOLAK 4 % CREAM	NIVEL 3	
VALCHLOR 0.016 % GEL	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS		
<i>malathion 0.5 % lotion</i>	NIVEL 4	
<i>permethrin 5 % cream</i>	NIVEL 2	

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES		
<i>deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)</i>	NIVEL 5	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	NIVEL 3	
<i>tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 & 15 mg tab thpk, 45 & 15 mg tab thpk, 60 & 30 mg tab thpk, 90 & 30 mg tab thpk)</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tolvaptan 15 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tolvaptan 30 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>trientine hcl 250 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
QUELANTES DE FOSFATO		
<i>calcium acetate (phos binder) 667 mg cap</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
QUELANTES DE POTASIO		
<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	NIVEL 2	
LOKELMA (10 GM PACKET, 5 GM PACKET)	NIVEL 3	
<i>sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)</i>	NIVEL 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION)	NIVEL 2	
SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES		
<i>dextrose 10 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>dextrose 5 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	NIVEL 4	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	NIVEL 3	
<i>dextrose-sodium chloride (10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution, 2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>dextrose-sodium chloride (5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)</i>	NIVEL 3	
<i>kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i>	NIVEL 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>klor-con 10 10 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con 8 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con m10 10 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con m15 15 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con m20 20 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>lactated ringers solution</i>	NIVEL 4	
<i>magnesium sulfate 50 % solution</i>	NIVEL 4	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	NIVEL 3	
<i>potassium chloride (10 % solution, 10 meq/100ml solution, 2 meq/ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i>	NIVEL 4	
<i>potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)</i>	NIVEL 2	
<i>potassium chloride er (10 meq cap er, 10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er, 8 meq cap er, 8 meq tab er)</i>	NIVEL 2	
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	NIVEL 4	
<i>potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)</i>	NIVEL 4	
<i>potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)</i>	NIVEL 3	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	NIVEL 4	
PREMASOL 10 % SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>prenatal vitamins</i>	NIVEL 3	
<i>ringers solution</i>	NIVEL 4	
<i>sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>sodium fluoride (0.55 (0.25 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, 2.2 (1 f) mg chew tab)</i>	NIVEL 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AMINOSALICILATOS		
<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	NIVEL 3	
<i>mesalamine (1000 mg suppos, 4 gm enema)</i>	NIVEL 4	
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine er 0.375 gm cap er 24h</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>budesonide er 9 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
CORTIFOAM 10 % FOAM	NIVEL 4	
<i>hydrocortisone (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
<i>alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>alendronate sodium 70 mg/75ml solution</i>	NIVEL 4	
BILDYOS 60 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA
BILPREVDA 120 MG/1.7ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	NIVEL 2	QL (3.7 PER 30 DAYS)
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i>	NIVEL 2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>doxercalciferol 4 mcg/2ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENOBY 60 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	NIVEL 1	
<i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen</i>	NIVEL 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	NIVEL 5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (1.7 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XTRENBO 120 MG/1.7ML SOLUTION	NIVEL 4	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
<i>zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

GASTROINTESTINALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)		
<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)	NIVEL 2	
ANTIDIARREICOS		
<i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA
<i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i>	NIVEL 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	NIVEL 4	
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	NIVEL 2	
XERMELO 250 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES		
<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

GASTROINTESTINALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 4	
ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	NIVEL 3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
GASTROINTESTINALES, OTROS		
<i>bis subcit-metronid-tetracyc 140-125-125 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	NIVEL 4	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	NIVEL 2	
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	NIVEL 5	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

GASTROINTESTINALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
<i>ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	NIVEL 4	
VOQUEZNA DUAL PAK 500-20 MG THER PACK	NIVEL 4	PA, QL (112 PER 14 DAYS)
VOQUEZNA TRIPLE PAK 500-500-20 MG THER PACK	NIVEL 4	PA, QL (112 PER 14 DAYS)
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i>	NIVEL 4	
<i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>	NIVEL 2	
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>omeprazole 10 mg cap dr</i>	NIVEL 2	
<i>omeprazole 20 mg cap dr</i>	NIVEL 1	
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	NIVEL 1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i>	NIVEL 1	
<i>pantoprazole sodium 40 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i>	NIVEL 1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	NIVEL 3	
PROTECTORES		
<i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

GENITOURINARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS		
GEMTESA 75 MG TAB	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	NIVEL 3	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>oxybutynin chloride er (10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>solifenacin succinate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 4	ST
<i>tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 4	ST
<i>tropium chloride 20 mg tab</i>	NIVEL 2	
GENITOURINARIOS, OTROS		
<i>bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
FILSPARI 200 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
FILSPARI 400 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	NIVEL 5	PA
HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	
<i>dutasteride 0.5 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>finasteride 5 mg tab</i>	NIVEL 1	
<i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tadalafil 2.5 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

GENITOURINARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tadalafil 5 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	NIVEL 1	

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTICOAGULANTES		
<i>dabigatran etexilate mesylate (110 mg cap, 150 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (0.15 MG CAP SPRINK, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 MG TAB SOL	NIVEL 3	QL (360 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 MG TAB SOL	NIVEL 3	QL (480 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsyr, 80 mg/0.8ml soln prsyr)</i>	NIVEL 4	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr</i>	NIVEL 4	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr</i>	NIVEL 4	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	NIVEL 5	QL (24 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	NIVEL 4	QL (15 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>	NIVEL 5	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution)</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>jantoven (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>rivaroxaban 1 mg/ml recon susp</i>	NIVEL 3	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>rivaroxaban 2.5 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>warfarin sodium (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	NIVEL 3	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 60 MCG/ML SOLUTION)	NIVEL 4	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 25 mg packet</i>	NIVEL 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 75 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
LEUKINE 250 MCG RECON SOLN	NIVEL 5	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	NIVEL 4	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
HEMOSTÁTICOS		
<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MODIFICADORES PLAQUETARIOS		
<i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h</i>	NIVEL 4	
<i>cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	NIVEL 1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>prasugrel hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	NIVEL 4	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	NIVEL 5	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>octreotide acetate (100 mcg/ml soln prsyr, 100 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 50 mcg/ml soln prsyr, 50 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution)</i>	NIVEL 4	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % solution</i>	NIVEL 4	
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANDRÓGENOS		
<i>danazol (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	
<i>testosterone (1.62 % gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)</i>	NIVEL 4	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)</i>	NIVEL 3	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel</i>	NIVEL 4	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)
ESTRÓGENOS		
<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	NIVEL 3	
<i>ashlyna 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>camrese 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>cryselle 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>daysee 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	NIVEL 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	NIVEL 3	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	NIVEL 3	
<i>enpresse-28 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	NIVEL 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i>	NIVEL 3	QL (8 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>estradiol 0.01 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>estradiol 10 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)</i>	NIVEL 4	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	NIVEL 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
<i>estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 mg-mcg tab, 1-50 mg-mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	NIVEL 3	
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	NIVEL 3	
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>jaimiess 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	NIVEL 3	
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	NIVEL 3	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lutra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	NIVEL 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	NIVEL 4	
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	NIVEL 3	
<i>mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	NIVEL 3	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	NIVEL 3	
<i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>ocella 3-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	NIVEL 3	
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>simpesse 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>syeda 3-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri-lynyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
VALTYA 1/50 1-50 MG-MCG TAB	NIVEL 3	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	NIVEL 3	
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>violele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	NIVEL 3	
<i>xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	NIVEL 3	
<i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	NIVEL 3	
<i>yuvaferm 10 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	NIVEL 3	
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS		
OSPHENA 60 MG TAB	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROGESTINAS		
<i>camila 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	
<i>emzahh 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>errin 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>gallifrey 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>heather 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	NIVEL 3	
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsy, 150 mg/ml suspension)</i>	NIVEL 3	
<i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>meleya 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	NIVEL 3	
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>orquidea 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	NIVEL 4	
<i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	NIVEL 2	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	
<i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)</i>	NIVEL 4	
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 5 mg/5ml solution, 6.7 (5 base) mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>prednisone (1 mg tab, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 3	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	NIVEL 4	
TARPEYO 4 MG CAP DR	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
<i>euthyrox (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>levo-t (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>levothyroxine sodium (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levoxyl (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>liothyronine sodium (25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	NIVEL 2	
REZDIFFRA (100 MG TAB, 60 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SYNTHROID (100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 25 MCG TAB, 300 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB)	NIVEL 3	
<i>unithroid (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	NIVEL 3	

HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTITIROIDEOS		
<i>methimazole (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	NIVEL 2	

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	NIVEL 5	PA, LA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsy</i>	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsy</i>	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
INMUNOESTIMULANTES		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
INMUNOGLOBULINAS		
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA
INMUNOLÓGICOS, OTROS		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA
AURANOFIN 3 MG CAP	NIVEL 3	
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS)
COSENTYX (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, LA
COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, LA
DUPIXENT (200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
ENTYVIO PEN 108 MG/0.68ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (1.36 ML PER 28 DAYS)
KINERET 100 MG/0.67ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (18.76 ML PER 28 DAYS)
OTEZLA (10 & 20 & 30 MG TAB THPK, 4 X 10 & 51 X20 MG TAB THPK)	NIVEL 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA, QL (41 PER 28 DAYS)
RIDAURA 3 MG CAP	NIVEL 3	
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	NIVEL 5	PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	NIVEL 5	PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 55 MG/0.37ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (2.22 ML PER 365 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
TREMFYA 100 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (1 SYRINGE PER 56 DAYS)
TREMFYA 200 MG/20ML SOLUTION	NIVEL 5	PA
TREMFYA 200 MG/2ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (2 ML PER 28 DAYS)
TREMFYA ONE-PRESS 100 MG/ML SOLN PEN	NIVEL 5	PA, QL (1 PEN PER 56 DAYS)
TREMFYA PEN 100 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (1 PEN PER 56 DAYS)
TREMFYA PEN 200 MG/2ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (2 ML PER 28 DAYS)
TREMFYA-CD/UC INDUCTION 200 MG/2ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (24 ML PER 365 OVER TIME)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
VELSIPITY 2 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	NIVEL 4	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (104 ML PER 365 OVER TIME)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INMUNOSUPRESORES		
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL 50 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENVARUSUS XR 4 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>everolimus 1 mg tab</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>gengraf (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	NIVEL 4	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	NIVEL 4	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
METHOTREXATE SODIUM (250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	NIVEL 4	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	NIVEL 4	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) 80 MG/0.8ML PREF SY KT	NIVEL 4	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	NIVEL 4	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 20 MG/0.2ML PREF SY KT	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 40 MG/0.4ML PREF SY KT	NIVEL 4	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYMFENTRA (1 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYMFENTRA (2 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) 120 MG/ML PREF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
VACUNAS		
ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	NIVEL 3	VAC
ACTHIB RECON SOLN	NIVEL 3	
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	NIVEL 3	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	NIVEL 3	VAC
BEXSERO SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	NIVEL 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	NIVEL 3	
DENGVAIXIA RECON SUSP	NIVEL 4	
ENGRIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	VAC
HAVRIX (720 EL U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 EL U/0.5ML SUSPENSION)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	NIVEL 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	NIVEL 3	
IPOL SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
IXIARO SUSPENSION	NIVEL 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	
M-M-R II RECON SOLN	NIVEL 3	VAC
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	NIVEL 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	NIVEL 3	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
PEDIARIX SUSP PRSYR	NIVEL 3	
PEDVAXHIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
PENMENVY RECON SUSP	NIVEL 3	
PENTACEL RECON SUSP	NIVEL 3	
PRIORIX RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
PROQUAD RECON SUSP	NIVEL 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	
RABAVERT RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
RECOMBIVAX HB (10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION, 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ROTARIX SUSPENSION	NIVEL 3	
ROTATEQ SOLUTION	NIVEL 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	QL (1 ML PER 365 DAYS), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
TRUMENBA SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	NIVEL 4	VAC
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION)	NIVEL 3	
VAQTA (50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	NIVEL 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
VAXCHORA RECON SUSP	NIVEL 4	VAC
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	
VIVOTIF CAP DR	NIVEL 4	
YF-VAX RECON SUSP	NIVEL 4	VAC

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

MIORRELAJANTES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MIORRELAJANTES		
<i>carisoprodol 350 mg tab</i>	NIVEL 2	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>cyclobenzaprine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA
<i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 3	PA

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>cromolyn sodium 4 % solution</i>	NIVEL 2	
OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	NIVEL 2	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	NIVEL 2	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	NIVEL 3	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	NIVEL 3	
NATACYN 5 % SUSPENSION	NIVEL 3	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>	NIVEL 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sulfacetamide sodium 10 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	NIVEL 2	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	NIVEL 3	
ZIRGAN 0.15 % GEL	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)
OFTÁLMICOS ANTIINFLAMATORIOS		
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>	NIVEL 4	
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	NIVEL 2	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	NIVEL 2	
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	NIVEL 4	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	NIVEL 3	QL (3 PER 30 DAYS)
<i>ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)</i>	NIVEL 2	
<i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>	NIVEL 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	NIVEL 3	
OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS		
<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>latanoprost 0.005 % solution</i>	NIVEL 1	
<i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	NIVEL 4	
OFTÁLMICOS BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>betaxolol hcl 0.5 % solution</i>	NIVEL 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)</i>	NIVEL 3	
<i>timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)</i>	NIVEL 1	
OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS		
<i>acetazolamide er 500 mg cap er 12h</i>	NIVEL 2	
<i>apraclonidine hcl 0.5 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>brimonidine tartrate 0.1 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>brimonidine tartrate 0.15 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	NIVEL 3	
<i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)</i>	NIVEL 2	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	NIVEL 3	
OFTÁLMICOS, OTROS		
<i>atropine sulfate 1 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	NIVEL 2	
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 2	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal (2-0.5 % solution, 22.3-6.8 mg/ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension</i>	NIVEL 3	
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	NIVEL 2	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	NIVEL 2	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	NIVEL 4	
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	NIVEL 2	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	NIVEL 2	
XDEMVY 0.25 % SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>dapaglifloz base-metformin er (10-1000 mg tab er 24h, 10-500 mg tab er 24h, 5-500 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dapaglifloz base-metformin er 5-1000 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	NIVEL 1	
<i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	NIVEL 1	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metformin hcl (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 1	
MOUNJARO (10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)</i>	NIVEL 1	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)</i>	NIVEL 1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 1	
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sitagliptin phos-metformin hcl er (100-1000 mg tab er 24h, 50-500 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sitagliptin phos-metformin hcl er 50-1000 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sitagliptin phos-metformin hcl (50-1000 mg tab, 50-500 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sitagliptin phosphate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
GLUCÉMICOS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	NIVEL 5	
<i>glucagon emergency (1 mg recon soln, 1 mg/ml recon soln)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
INSULINAS		
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	NIVEL 3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (40 PER 30 DAYS)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (45 PER 30 DAYS)
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (27 PER 30 DAYS)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
BETASERON 0.3 MG KIT	NIVEL 5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>dalfampridine er 10 mg tab er 12h</i>	NIVEL 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)</i>	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk</i>	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr</i>	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr</i>	NIVEL 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsyr</i>	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsyr</i>	NIVEL 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP DR	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP DR	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>duloxetine hcl 20 mg cp dr part</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl 60 mg cp dr part</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	NIVEL 3	QL (900 PER 30 DAYS)
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
AUSTEDO (12 MG TAB, 9 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
AUSTEDO 6 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR (12 MG TAB ER 24H, 18 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H, 36 MG TAB ER 24H, 42 MG TAB ER 24H, 48 MG TAB ER 24H, 6 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK	NIVEL 5	PA, QL (28 PER 30 DAYS)
<i>bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>riluzole 50 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
VEOZAH 45 MG TAB	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS ANFETAMÍNICOS CONTRA EL		
<i>amphetamine-dextroamphet er (10 mg cap er 24h, 15 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 25 mg cap er 24h, 30 mg cap er 24h, 5 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 30 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS NO ANFETAMÍNICOS CONTRA EL		
<i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>guanfacine hcl er (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg chew tab</i>	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 20 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab er</i>	NIVEL 3	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab er</i>	NIVEL 3	QL (90 PER 30 DAYS)

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
ALCOHOL 70% PADS	NIVEL 2	
ALCOHOL PREP PAD	NIVEL 2	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	NIVEL 2	
ALCOHOL SWABS 70 % PAD	NIVEL 2	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	NIVEL 2	
AQ INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
AQINJECT PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ARGYLE STERILE WATER SOLUTION	NIVEL 2	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	NIVEL 2	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	NIVEL 3	
AUM PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC)	NIVEL 3	
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC)	NIVEL 3	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	NIVEL 3	
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC	NIVEL 3	
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC	NIVEL 3	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	NIVEL 2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (30G X 8 MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	NIVEL 2	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2" PAD	NIVEL 2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	NIVEL 3	
DROPLET PEN NEEDLES (29G X 10MM MISC, 29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC)	NIVEL 3	
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO (X 4 MM MISC, X 5 MM MISC, X 8 MM MISC)	NIVEL 3	
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (29G X 5/16" 0.5 ML MISC, 29G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 1/2" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (29G X 4MM MISC, 29G X 5MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML MISC	NIVEL 3	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.5 ML MISC	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" 1 ML MISC	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 29G X 12.7MM MISC	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	NIVEL 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (29G X 12MM MISC, 30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gauze pads 2</i>	NIVEL 2	
GNP PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	NIVEL 3	
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70 % PAD	NIVEL 2	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 1 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 1/2" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
INSUPEN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM MISC	NIVEL 3	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lactated ringers solution</i>	NIVEL 2	
<i>methergine 0.2 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>novofine 32g x 6 mm misc</i>	NIVEL 3	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (2 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
PEN NEEDLES (30G X 5 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
PENBRAYA RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
PRO COMFORT ALCOHOL 70 % PAD	NIVEL 2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC, 33G X 8 MM MISC)	NIVEL 3	
<i>ringers irrigation solution</i>	NIVEL 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	NIVEL 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sterile water for irrigation solution</i>	NIVEL 2	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	NIVEL 3	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC)	NIVEL 3	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 34G X 3.5 MM MISC)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	NIVEL 3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE (28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR 29G X 1/2" 1 ML MISC	NIVEL 3	
VOWST CAP	NIVEL 5	PA, LA, QL (12 PER 30 OVER TIME)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	NIVEL 2	

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>alyq 20 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>bosentan (125 mg tab, 62.5 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bosentan 32 mg tab sol</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>macitentan 10 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI (1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB, 200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 100 MCG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (420 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 150 MCG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (560 PER 28 DAYS)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	NIVEL 5	PA, LA, QL (200 PER 180 OVER TIME)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 21 OVER TIME)
ANTIISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 25 DAYS)
<i>cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>cycloheptadine hcl 4 mg tab</i>	NIVEL 3	PA
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA
<i>hydroxyzine pamoate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	NIVEL 1	
<i>promethazine hcl (12.5 mg/10ml solution, 6.25 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	PA
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR		
ARNUIITY ELLIPTA (100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA, 50 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL, 50 MCG/ACT AEROSOL)	NIVEL 3	QL (13 PER 30 DAYS)
<i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
QVAR REDIHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	NIVEL 3	QL (21.2 PER 30 DAYS)
ANTILEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>montelukast sodium 10 mg tab</i>	NIVEL 1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
BRONCODILATADORES, ANTICOLINÉRGICOS		
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>	NIVEL 2	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide hfa 17 mcg/act aero soln</i>	NIVEL 4	QL (25.8 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	NIVEL 3	QL (4 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tiotropium bromide 18 mcg cap</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
BRONCODILATADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	NIVEL 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)</i>	NIVEL 2	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate ((2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln)</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>albuterol sulfate (2 mg/5ml syrup, 8 mg/20ml syrup)</i>	NIVEL 2	
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	NIVEL 2	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)</i>	NIVEL 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENALIN)	NIVEL 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)</i>	NIVEL 4	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS		
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA		
<i>nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)</i>	NIVEL 3	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
KALYDECO (13.4 MG PACKET, 150 MG TAB, 25 MG PACKET, 5.8 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
TOBI PODHALER 28 MG CAP	NIVEL 5	PA, LA, QL (224 PER 56 OVER TIME)
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	NIVEL 4	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	NIVEL 4	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (100-50-75 & 150 MG TAB THPK, 50-25-37.5 & 75 MG TAB THPK)	NIVEL 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS		
<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	NIVEL 4	QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>theophylline er (100 mg tab er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg tab er 12h, 400 mg tab er 24h, 450 mg tab er 12h, 600 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 3	
TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
<i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL, 45-21 MCG/ACT AEROSOL)	NIVEL 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA, 50-25 MCG/INH AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>breynga (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	NIVEL 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (10.7 GM PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	NIVEL 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 4	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	NIVEL 2	QL (50 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	NIVEL 2	QL (16 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA, 55-14 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 2	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
NUCALA (100 MG RECON SOLN, 100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 28 DAYS)
NUCALA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, LA, QL (0.4 PER 28 DAYS)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 3	
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ARALAST NP (1000 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>betaine powder</i>	NIVEL 5	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	NIVEL 5	PA, LA
CREON (12000-38000 UNIT CP DR PART, 24000-76000 UNIT CP DR PART, 3000-9500 UNIT CP DR PART, 36000-114000 UNIT CP DR PART, 6000-19000 UNIT CP DR PART)	NIVEL 3	
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	NIVEL 3	
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>l-glutamine 5 gm packet</i>	NIVEL 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>levocarnitine 330 mg tab</i>	NIVEL 2	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 5	PA
REVCovi 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	NIVEL 5	PA
<i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA
ZENPEP (10000-32000 UNIT CP DR PART, 15000-47000 UNIT CP DR PART, 20000-63000 UNIT CP DR PART, 25000-79000 UNIT CP DR PART, 3000-10000 UNIT CP DR PART, 40000-126000 UNIT CP DR PART, 5000-24000 UNIT CP DR PART, 60000-189600 UNIT CP DR PART)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DORMIR, MEDICAMENTOS PARA		
<i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>temazepam 15 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>temazepam 30 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>triazolam 0.125 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>triazolam 0.25 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
EUGEROICOS		
<i>armodafinil (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>modafinil 100 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>modafinil 200 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sodium oxybate 500 mg/ml solution</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

ÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ÓTICOS		
<i>acetic acid 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	NIVEL 4	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DERMOTIC 0.01 % OIL	NIVEL 3	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

En esta sección puede encontrar un medicamento buscando su nombre alfabéticamente. Esto le indicará el número de página donde puede encontrar información adicional sobre la cobertura de su medicamento.

abacavir sulfate.....	62
abacavir sulfate-lamivudine.....	62
ABELCET.....	27
ABILIFY MAINTENA.....	54
abiraterone acetate.....	31
abirtega.....	31
ABRYSVO.....	111
acamprosate calcium.....	7
acarbose.....	118
accutane.....	76
acebutolol hcl.....	66
acetaminophen-codeine.....	1
acetazolamide.....	69
acetazolamide er.....	116
acetic acid.....	140
acetylcysteine.....	137
acitretin.....	76
ACTHIB.....	111
ACTIMMUNE.....	106
acyclovir.....	59,76
acyclovir sodium.....	59
ADACEL.....	111
adefovir dipivoxil.....	59
ADEMPAS.....	132
ADVAIR HFA.....	137
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE.....	125
afirmelle.....	94
AIMOVIG.....	30
AKEEGA.....	33
ala-cort.....	77
albendazole.....	50
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair).....	135
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair).....	135
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil).....	135

albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin).....	135
albuterol sulfate.....	135
albuterol sulfate hfa.....	135
alclometasone dipropionate.....	77
ALCOHOL 70% PADS.....	125
ALCOHOL PREP.....	125
ALCOHOL PREP PADS.....	125
ALCOHOL SWABS.....	125
ALCOHOL SWABSTICK.....	125
alcohol wipes.....	79
ALDURAZYME.....	138
ALECENSA.....	35
alendronate sodium.....	84
alfuzosin hcl er.....	88
aliskiren fumarate.....	69
allopurinol.....	28
alosetron hcl.....	85
alprazolam.....	5,6
altavera.....	94
ALUNBRIG.....	36
alyacen 1/35.....	94
alyacen 7/7/7.....	94
alyq.....	132
amantadine hcl.....	51
ambrisentan.....	132
amikacin sulfate.....	8
amiloride hcl.....	73
amiloride-hydrochlorothiazide.....	69
amiodarone hcl.....	65
amitriptyline hcl.....	24
amlodipine besy-benazepril hcl.....	69
amlodipine besylate.....	67
amlodipine besylate-valsartan.....	69
amlodipine-atorvastatin.....	69
amlodipine-olmesartan.....	69
amlodipine-valsartan-hctz.....	70
ammonium lactate.....	77
amnestem.....	76
amoxapine.....	24

amoxicillin.....	11	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....	126
amoxicillin trihydrate.....	11	atazanavir sulfate.....	60
amoxicillin-pot clavulanate.....	11	atenolol.....	66
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE.....	11	atenolol-chlorthalidone.....	70
amoxicillin-pot clavulanate er.....	11	atomoxetine hcl.....	124
amphetamine-dextroamphet er.....	124	atorvastatin calcium.....	72
amphetamine-dextroamphetamine.....	124	atovaquone.....	50
AMPHOTERICIN B.....	27	atovaquone-proguanil hcl.....	50
amphotericin b liposome.....	27	atropine sulfate.....	116
ampicillin.....	11	aubra.....	94
ampicillin sodium.....	11	aubra eq.....	94
ampicillin-sulbactam sodium.....	12	AUGTYRO.....	33
anagrelide hcl.....	90	AUM ALCOHOL PREP PADS.....	126
anastrozole.....	35	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE.....	126
ANORO ELLIPTA.....	137	AUM PEN NEEDLE.....	126
apraclonidine hcl.....	116	AURANOFIN.....	106
aprepitant.....	26	aurovela 1.5/30.....	94
apri.....	94	aurovela 1/20.....	94
APTIVUS.....	60	aurovela fe 1.5/30.....	95
AQ INSULIN SYRINGE.....	125	aurovela fe 1/20.....	95
AQINJECT PEN NEEDLE.....	125	AUSTEDO.....	123
ARALAST NP.....	138	AUSTEDO XR.....	123
ARANELLE.....	94	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION.....	123
ARANESP (ALBUMIN FREE).....	90,91	AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE.....	126
ARCALYST.....	106	AUVELITY.....	21
AREXVY.....	111	AUVELITY TITRATION PACK.....	21
ARGYLE STERILE WATER.....	126	aviane.....	95
ARIKAYCE.....	8	avidoxy.....	14
aripiprazole.....	54	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....	35
armodafinil.....	140	ayuna.....	95
ARNUITY ELLIPTA.....	133	AYVAKIT.....	36
asenapine maleate.....	54	azathioprine.....	109
ashlyna.....	94	AZATHIOPRINE SODIUM.....	109
ASMANEX (120 METERED DOSES).....	134	azelastine hcl.....	114,133
ASMANEX (14 METERED DOSES).....	134	azithromycin.....	13
ASMANEX (30 METERED DOSES).....	134	aztreonam.....	8
ASMANEX (60 METERED DOSES).....	134	azurette.....	95
ASMANEX HFA.....	134		
aspirin-dipyridamole er.....	92		
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES.....	126		

B

bac (butalbital-acetamin-caff)..... 123

bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	116	BIKTARVY.....	60
BACITRACIN.....	114	BILDYOS.....	84
BACITRACIN-POLYMYXIN B.....	116	BILPREVDA.....	84
baclofen.....	26,27	bimatoprost.....	115
balsalazide disodium.....	83	bis subcit-metronid-tetracyc.....	86
BALVERSA.....	36	bismuth/metronidaz/tetracyclin.....	86
balziva.....	95	bisoprolol fumarate.....	67
BAQSIMI ONE PACK.....	120	bisoprolol-hydrochlorothiazide.....	70
BAQSIMI TWO PACK.....	120	BIXLENVO.....	60
BARACLUDE.....	59	blisovi fe 1.5/30.....	95
BCG VACCINE.....	111	blisovi fe 1/20.....	95
BD INSULIN SYRINGE.....	126	BOOSTRIX.....	111
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM		bosentan.....	132
MISC.....	126	BOSULIF.....	36
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM		bosutinib.....	36
MISC.....	126	BRAFTOVI.....	37
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM		BREO ELLIPTA.....	137
MISC.....	126	brey-na.....	137
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM		BREZTRI AEROSPHERE.....	137
MISC.....	126	briellyn.....	95
benazepril hcl.....	74	brimonidine tartrate.....	116
benazepril-hydrochlorothiazide.....	70	brimonidine tartrate-timolol.....	116
BENLYSTA.....	106	brinzolamide.....	116
BENZNIDAZOLE.....	50	brivaracetam.....	15
benzoyl peroxide-erythromycin.....	76	bromocriptine mesylate.....	51
benztropine mesylate.....	51	BRUKINSA.....	37
BESIVANCE.....	13	budesonide.....	83,134
BESREMI.....	106	budesonide er.....	83
BESREMI PEN.....	33	budesonide-formoterol fumarate.....	137
betaine.....	138	bumetanide.....	74
betamethasone dipropionate.....	77	buprenorphine.....	2
betamethasone dipropionate aug.....	77	buprenorphine hcl.....	7
betamethasone valerate.....	77	buprenorphine hcl-naloxone hcl.....	7
BETASERON.....	122	bupropion hcl.....	21
betaxolol hcl.....	66,115	bupropion hcl er (smoking det).....	6
bethanechol chloride.....	88	bupropion hcl er (sr).....	21,22
bexarotene.....	49	bupropion hcl er (xl).....	22
BEXSERO.....	111	buspirone hcl.....	5
bicalutamide.....	31	butalbital-apap-caffeine.....	123
BICILLIN L-A.....	12	butalbital-aspirin-caffeine.....	3

butorphanol tartrate	1
BYSANTI	54
BYSANTI TITRATION PACK A	54
BYSANTI TITRATION PACK B	54
BYSANTI TITRATION PACK C	54

C

CABENUVA	63
cabergoline	92
CABOMETYX	37
calcipotriene	79
calcitonin (salmon)	84
calcitrene	79
calcitriol	84
CALCITRIOL	84
calcium acetate (phos binder)	81
CALQUENCE	37
camila	102
camrese	95
camrese lo	95
candesartan cilexetil	65
candesartan cilexetil-hctz	70
CAPLYTA	54
CAPRELSA	37
captopril	74
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	70
carbamazepine	17
carbamazepine er	17
carbidopa	52
carbidopa-levodopa	52
carbidopa-levodopa er	52
carbidopa-levodopa-entacapone	52
CARETOUCH ALCOHOL PREP	126
carglumic acid	139
carisoprodol	114
CARTEOLOL HCL	115
cartia xt	68
carvedilol	67
CAVHANZA	37
CAYSTON	8

CEFACLOR	10
cefadroxil	10
cefazolin sodium	10
cefdinir	10
cefepime hcl	10
cefixime	10
cefoxitin sodium	10
CEFPODOXIME PROXETIL	10
cefprozil	10
ceftaroline fosamil	10
CEFTAZIDIME	10
ceftriaxone sodium	11
cefuroxime axetil	11
cefuroxime sodium	11
celecoxib	3
cephalexin	11
cetirizine hcl	133
cevimeline hcl	64
chateal eq	95
chlorhexidine gluconate	64
chloroquine phosphate	50
chlorpromazine hcl	53
chlorthalidone	74
cholestyramine	72
cholestyramine light	72
ciclodan	76
ciclopirox	76
ciclopirox olamine	76
cilostazol	92
CILOXAN	13
CIMDUO	62
cimetidine	85
cinacalcet hcl	84
ciprofloxacin hcl	13
ciprofloxacin in d5w	13
ciprofloxacin-dexamethasone	140
citalopram hydrobromide	23
claravis	76
CLARITHROMYCIN	13
clarithromycin	13

clarithromycin er.....	13
clindamycin hcl.....	8
clindamycin palmitate hcl.....	8
clindamycin phos (once-daily).....	76
clindamycin phos (twice-daily).....	77
clindamycin phos-benzoyl perox.....	76
clindamycin phosphate.....	8,77
clindamycin phosphate in d5w.....	8
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL.....	8
clobazam.....	18
clobetasol prop emollient base.....	77
clobetasol propionate.....	77
clobetasol propionate e.....	77
clomipramine hcl.....	24
clonazepam.....	6
clonidine.....	65
clonidine hcl.....	65
clopidogrel bisulfate.....	92
clorazepate dipotassium.....	6
clotrimazole.....	27
clotrimazole-betamethasone.....	79
clozapine.....	53,54
COARTEM.....	50
COBENFY.....	52
COBENFY STARTER PACK.....	52
CODEINE SULFATE.....	1
codeine sulfate.....	1
colchicine.....	29
colchicine-probenecid.....	29
colesevelam hcl.....	73
colestipol hcl.....	73
colistimethate sodium (cba).....	9
COMBIVENT RESPIMAT.....	137
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	37
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	37
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	37
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	126
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	126
compro.....	25
constulose.....	86

COPIKTRA.....	37
CORLANOR.....	70
CORTIFOAM.....	83
CORTISONE ACETATE.....	103
CORTISPORIN-TC.....	140
COSENTYX.....	106
COSENTYX (300 MG DOSE).....	107
COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	107
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	107
COSENTYX UNOREADY.....	107
COTELLIC.....	37
CREON.....	139
CRESEMBA.....	27
cromolyn sodium.....	86,114,136
cryselle.....	95
cryselle-28.....	95
CVS ALCOHOL PREP PADS.....	127
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE.....	127
cvs isopropyl alcohol wipes.....	79
cyclobenzaprine hcl.....	114
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	31
cyclosporine.....	109
cyclosporine modified.....	109
cyproheptadine hcl.....	133
cyred.....	95
cyred eq.....	95

D

dabigatran etexilate mesylate.....	89
dalfampridine er.....	122
danazol.....	94
dantrolene sodium.....	27
dapaglifloz base-metformin er.....	118
dapagliflozin.....	75
dapsone.....	30
DAPTACEL.....	111
daptomycin.....	9
darunavir.....	60
dasatinib.....	38
dasetta 1/35.....	95

dasetta 7/7/7.....	95	dicyclomine hcl.....	85
DAURISMO.....	38	DIFICID.....	13
daysee.....	95	diflunisal.....	4
deblitane.....	102	difluprednate.....	115
deferasirox.....	80	digox.....	66
DELSTRIGO.....	61	digoxin.....	66
delyla.....	95	dihydroergotamine mesylate.....	29
DENG VAXIA.....	111	DILANTIN.....	17
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	102	dilt-xr.....	68
depo-testosterone.....	94	diltiazem hcl.....	68
DERMOTIC.....	141	diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule.....	68
DESCOVY.....	62	diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule.....	68
desipramine hcl.....	24	diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule.....	68
desmopressin ace spray refrig.....	93	diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule.....	68
desmopressin acetate.....	93	diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule.....	68
desmopressin acetate pf.....	93	diltiazem hcl er.....	68
desogestrel-ethinyl estradiol.....	95	diltiazem hcl er beads.....	68
desonide.....	77	dimethyl fumarate.....	122
desoximetasone.....	78	dimethyl fumarate starter pack.....	122
desvenlafaxine succinate er.....	23	diphenoxylate-atropine.....	85
dexamethasone.....	103	DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	85
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID... 103		dipyridamole.....	92
dexamethasone sod phosphate pf..... 103		disulfiram.....	7
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE..... 103,115		divalproex sodium.....	15
dexmethylphenidate hcl.....	124	divalproex sodium er.....	15
dextroamphetamine sulfate.....	124	dofetilide.....	66
dextrose.....	81	donepezil hcl.....	21
dextrose in lactated ringers.....	81	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg.....	21
DEXTROSE-NACL.....	81	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg.....	21
dextrose-sodium chloride.....	81	dorzolamide hcl.....	116
DIACOMIT.....	15	dorzolamide hcl-timolol mal.....	116
diazepam.....	6,18	dorzolamide hcl-timolol mal pf.....	116
diazepam intensol.....	6	dotti.....	95
diazoxide.....	120		
diclofenac potassium.....	3		
diclofenac sodium.....	3,115		
diclofenac sodium er.....	4		
dicloxacillin sodium.....	12		

DOVATO.....	60
doxazosin mesylate.....	66
doxepin hcl.....	24,25
doxercalciferol.....	84
doxy 100.....	14
doxycycline hyclate.....	14
doxycycline monohydrate.....	14
DRIZALMA SPRINKLE.....	122,123
dronabinol.....	26
DROPLET INSULIN SYRINGE.....	127
DROPLET MICRON.....	127
DROPLET PEN NEEDLES.....	127
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO.....	127
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE.....	127
drospirenone-ethinyl estradiol.....	95
DROXIA.....	139
droxidopa.....	65
duloxetine hcl.....	123
DUPIXENT.....	107
dutasteride.....	88
dutasteride-tamsulosin hcl.....	88

E

e.e.s. 400.....	13
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	127
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	127
EASY TOUCH INSULIN BARRELS.....	128
ec-naproxen.....	4
econazole nitrate.....	27
EDURANT PED.....	61
efavirenz.....	61
efavirenz-emtricitab-tenofo df.....	61
efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	61
ELAPRASE.....	139
elinest.....	96
ELIQUIS.....	89
ELIQUIS (1.5 MG PACK).....	89
ELIQUIS (2 MG PACK).....	89
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	89
eltrombopag olamine.....	91

eluryng.....	96
EMBECTA AUTOSHIELD DUO.....	128
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT.....	128
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE.....	128
EMBECTA INSULIN SYRINGE.....	128
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100.....	128
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500.....	128
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F.....	128
EMBECTA PEN NEEDLE NANO.....	128
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN.....	128
EMBECTA PEN NEEDLE U/F.....	128
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE.....	128
EMBRACE PEN NEEDLES.....	128
EMGALITY.....	30
EMGALITY (300 MG DOSE).....	30
EMSAM.....	22
emtricitab-rilpivir-tenofof df.....	61
emtricitabine.....	62
emtricitabine-tenofovir df.....	62
EMTRIVA.....	62
emzahh.....	102
enalapril maleate.....	74
enalapril-hydrochlorothiazide.....	70
ENBREL.....	109
ENBREL MINI.....	109
ENBREL SURECLICK.....	109
endocet.....	1
ENGERIX-B.....	111
enilloring.....	96
ENOBY.....	84
enoxaparin sodium.....	89
enpresse-28.....	96
ENSACOVE.....	35
enskyce.....	96
entacapone.....	52
entecavir.....	59
ENTYVIO PEN.....	107
enulose.....	86
ENVARUSUS XR.....	109
EPIDIOLEX.....	15

epinephrine.....	135
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	135
epitol.....	17
eplerenone.....	73
ERGOLOID MESYLATES.....	20
ERGOTAMINE-CAFFEINE.....	29
ERIVEDGE.....	38
ERLEADA.....	32
erlotinib hcl.....	38
errin.....	102
ertapenem sodium.....	12
ERY.....	77
erythrocine lactobionate.....	13
erythromycin.....	77,114
erythromycin base.....	13
erythromycin ethylsuccinate.....	13
erythromycin lactobionate.....	13
ERZOFRI.....	54,55
escitalopram oxalate.....	23
eslicarbazepine acetate.....	17
esomeprazole magnesium.....	87
estarylla.....	96
estradiol.....	96
estradiol valerate.....	96
ESTRING.....	96
estrogens conjugated.....	96
eszopiclone.....	140
ethambutol hcl.....	30
ethosuximide.....	20
ethynodiol diac-eth estradiol.....	96
etodolac.....	4
etodolac er.....	4
etonogestrel-ethinyl estradiol.....	96
etravirine.....	61
EUCRISA.....	78
EULEXIN.....	32
euthyrox.....	104
everolimus.....	38,109
EVOTAZ.....	60

exemestane.....	35
EXXUA.....	22
EXXUA TITRATION PACK.....	22
ezetimibe.....	73
ezetimibe-simvastatin.....	73

F

falmina.....	96
famciclovir.....	59
famotidine.....	85
FANAPT.....	55
FANAPT TITRATION PACK A.....	55
FANAPT TITRATION PACK B.....	55
FANAPT TITRATION PACK C.....	55
FARXIGA.....	75
febuxostat.....	29
feirza 1.5/30.....	96
feirza 1/20.....	96
felbamate.....	15
felodipine er.....	67
fenofibrate.....	72
fenofibrate micronized.....	72
fenofibric acid.....	72
fentanyl.....	3
FETZIMA.....	23
FETZIMA TITRATION.....	23
fidaxomicin.....	13
FILSPARI.....	88
finasteride.....	88
fingolimod hcl.....	122
FINTEPLA.....	15
flecainide acetate.....	66
fluconazole.....	27
fluconazole in sodium chloride.....	27
flucytosine.....	27
fludrocortisone acetate.....	103
flunisolide.....	137
fluocinolone acetonide.....	78
fluocinolone acetonide body.....	78
fluocinolone acetonide scalp.....	78

fluocinonide	78
fluocinonide emulsified base	78
fluorometholone	115
fluorouracil	79
fluoxetine hcl	23
FLUOXETINE HCL	23
fluphenazine decanoate	53
fluphenazine hcl	53
FLURBIPROFEN	4
FLURBIPROFEN SODIUM	115
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL	137
fluticasone propionate	78,137
fluticasone-salmeterol	138
FLUTICASONE-SALMETEROL	138
fluvastatin sodium	72
fluvastatin sodium er	72
fluvoxamine maleate	23
FML FORTE	115
fondaparinux sodium	89,90
fosamprenavir calcium	60
fosfomycin tromethamine	9
fosinopril sodium	74
fosinopril sodium-hctz	70
FOTIVDA	38
FRUZAQLA	34
FULPHILA	91
fulvestrant	33
FUROSEMIDE	74
furosemide	74
fyavolv	97

G

gabapentin	18,19
galantamine hydrobromide	21
galantamine hydrobromide er	21
gallifrey	102
GAMUNEX-C	106
GARDASIL 9	111
gauze pads 2	129
GAVILYTE-C	86

gavilyte-g	86
gavilyte-n with flavor pack	86
GAVRETO	38
gefitinib	39
gemfibrozil	72
GEMTESA	88
generlac	86
gengraf	109
gentamicin sulfate	8,114
GENVOYA	60
GILOTRIF	39
glatiramer acetate	122
glatopa	122
glimepiride	118
glipizide	118
glipizide er	118
glipizide xl	118
glipizide-metformin hcl	118
glucagon emergency	120
glyburide	118
GLYBURIDE MICRONIZED	118
glyburide-metformin	118
glycopyrrolate	85
GLYXAMBI	118
GNP PEN NEEDLES	129
GOMEKLI	39
GOODSENSE ALCOHOL SWABS	129
granisetron hcl	26
griseofulvin microsize	27
griseofulvin ultramicrosize	28
guanfacine hcl	65
guanfacine hcl er	125

H

HADLIMA	109
HADLIMA PUSH TOUCH	109
HAEGARDA	105
hailey 1.5/30	97
hailey fe 1.5/30	97
hailey fe 1/20	97

halobetasol propionate.....	78
haloette.....	97
haloperidol.....	53
haloperidol decanoate.....	53
haloperidol lactate.....	53
HAVRIX.....	111,112
heather.....	102
heparin sodium (porcine).....	90
heparin sodium (porcine) pf.....	90
HEPLISAV-B.....	112
HERNEXEOS.....	39
HIBERIX.....	112
HIZENTRA.....	106
HUMALOG.....	120
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	120
HUMALOG KWIKPEN.....	120
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	120
HUMALOG MIX 75/25.....	121
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	121
HUMULIN 70/30.....	121
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	121
HUMULIN N.....	121
HUMULIN N KWIKPEN.....	121
HUMULIN R.....	121
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	121
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	121
hydralazine hcl.....	75
hydrochlorothiazide.....	74
hydrocodone-acetaminophen.....	1
hydrocortisone.....	78,83
hydrocortisone (perianal).....	78
hydrocortisone butyrate.....	78
hydrocortisone-acetic acid.....	141
hydromorphone hcl.....	1
hydroxychloroquine sulfate.....	50
hydroxyurea.....	34
hydroxyzine hcl.....	133
hydroxyzine pamoate.....	133
HYRNUO.....	39

ibandronate sodium.....	84
IBRANCE.....	39
IBTROZI.....	39
ibu.....	4
ibuprofen.....	4
icatibant acetate.....	106
iclevia.....	97
ICLUSIG.....	39
icosapent ethyl.....	73
IDHIFA.....	39
IDVYNZO.....	63
ILEVRO.....	115
imatinib mesylate.....	39,40
IMBRUVICA.....	40
imipenem-cilastatin.....	12
imipramine hcl.....	25
imiquimod.....	79
IMKELDI.....	40
IMOVAX RABIES.....	112
IMPAVIDO.....	50
incassia.....	102
INCRELEX.....	93
INCRUSE ELLIPTA.....	134
indapamide.....	74
indomethacin.....	4
INFANRIX.....	112
INLURIYO.....	33
INLYTA.....	40
INQOVI.....	34
INREBIC.....	40
INSULIN LISPRO.....	121
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	121
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.....	121
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	121
INSULIN PEN NEEDLES.....	129
INSULIN PEN NEEDLES.....	129
INSULIN SYRINGE 0.3 ML.....	129
INSULIN SYRINGE 0.5 ML.....	129

INSULIN SYRINGE 1 ML.....	129
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	129
INSUPEN PEN NEEDLES.....	129
INSUPEN32G EXTR3ME.....	129
INTELENCE.....	61
INTRALIPID.....	129
introvale.....	97
INVEGA HAFYERA.....	55
INVEGA SUSTENNA.....	55,56
INVEGA TRINZA.....	56
IPOL.....	112
ipratropium bromide.....	134
ipratropium bromide hfa.....	134
ipratropium-albuterol.....	138
irbesartan.....	65
irbesartan-hydrochlorothiazide.....	70
ISENTRESS.....	60
ISENTRESS HD.....	60
isibloom.....	97
isoniazid.....	30
isopropyl alcohol.....	79
isopropyl alcohol wipes.....	79
isosorbide dinitrate.....	75
isosorbide mononitrate.....	75
isosorbide mononitrate er.....	75
isotretinoin.....	76
isradipine.....	67
ITOVEBI.....	40
itraconazole.....	28
ivabradine hcl.....	70
ivermectin.....	50
IWILFIN.....	34
IXIARO.....	112

J

jaimiess.....	97
JAKAFI.....	40
JAKAFI XR.....	40
jantoven.....	90
JARDIANCE.....	75

jasmiel.....	97
JAYPIRCA.....	40,41
jencycla.....	102
JENTADUETO.....	118
JENTADUETO XR.....	118
JIDEYTRO.....	41
jinteli.....	97
jolessa.....	97
joyeaux.....	97
JUBBONTI.....	84
juleber.....	97
JULUCA.....	60
junel 1.5/30.....	97
junel 1/20.....	97
junel fe 1.5/30.....	97
junel fe 1/20.....	97
JYNNEOS.....	112

K

KALETRA.....	60
kalliga.....	97
KALYDECO.....	136
kariva.....	97
kcl in dextrose-nacl.....	81
KCL-LACTATED RINGERS-D5W.....	81
kelnor 1/35.....	97
kelnor 1/50.....	97
KERENDIA.....	118
ketoconazole.....	28
ketorolac tromethamine.....	115
KINERET.....	107
KINRIX.....	112
kionex.....	81
KISQALI (200 MG DOSE).....	41
KISQALI (400 MG DOSE).....	41
KISQALI (600 MG DOSE).....	41
klayesta.....	28
klor-con.....	82
klor-con 10.....	82
klor-con m10.....	82

klor-con m15.....	82
klor-con m20.....	82
KLOXXADO.....	7
KOMZIFTI.....	41
KOSELUGO.....	41
kourzeq.....	64
KRAZATI.....	41
kurvelo.....	97

L

l-glutamine.....	139
labetalol hcl.....	67
lacosamide.....	17
lactated ringers.....	82,129
lactulose.....	86
lactulose encephalopathy.....	86
LAGEVRIO.....	63
lamivudine.....	59,62
lamivudine-zidovudine.....	62
lamotrigine.....	15
lansoprazole.....	87
LANTUS.....	121
LANTUS SOLOSTAR.....	121
lapatinib ditosylate.....	41
larin 1.5/30.....	97
larin 1/20.....	97
larin fe 1.5/30.....	97
larin fe 1/20.....	97
latanoprost.....	115
LAZCLUZE.....	35
LEDERLE LEUCOVORIN.....	34
leena.....	98
leflunomide.....	110
lenalidomide.....	32
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	42
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	42
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	42
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	42
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	42
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	42

LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	42
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	42
LEQEMBI IQLIK.....	20
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE).....	20
lessina.....	98
letrozole.....	35
leucovorin calcium.....	34
LEUKERAN.....	31
LEUKINE.....	91
leuprolide acetate.....	92
levalbuterol hcl.....	135
LEVALBUTEROL TARTRATE.....	135
levetiracetam.....	15
levetiracetam er.....	15
levo-t.....	104
LEVOBUNOLOL HCL.....	115
levocarnitine.....	139
levocetirizine dihydrochloride.....	133
levofloxacin.....	13,14
LEVOFLOXACIN.....	114
levofloxacin in d5w.....	14
levonest.....	98
levonorg-eth estrad triphasic.....	98
levonorgest-eth estrad 91-day.....	98
levonorgest-eth estradiol-iron.....	98
levonorgestrel-ethinyl estrad.....	98
levora 0.15/30 (28).....	98
levothyroxine sodium.....	104
levoxyl.....	105
lidocaine.....	5
lidocaine hcl.....	5
lidocaine viscous hcl.....	5
lidocaine-prilocaine.....	5
lidocan.....	5
LIFYORLI (125 MG DOSE).....	42
LIFYORLI (150 MG DOSE).....	42
LILETTA (52 MG).....	102
lincomycin hcl.....	9
linezolid.....	9
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	9

LINZESS.....	86
liothyronine sodium.....	105
lisinopril.....	74
lisinopril-hydrochlorothiazide.....	70
lithium.....	64
lithium carbonate.....	64
lithium carbonate er.....	64
LIVTENCITY.....	58
lo-zumandimine.....	98
loestrin 1.5/30 (21).....	98
loestrin 1/20 (21).....	98
loestrin fe 1.5/30.....	98
loestrin fe 1/20.....	98
lojaimiess.....	98
LOKELMA.....	81
lomustine.....	31
LONSURF.....	34
loperamide hcl.....	85
lopinavir-ritonavir.....	60
lorazepam.....	6
lorazepam intensol.....	6
LORBRENA.....	42
loryna.....	98
losartan potassium.....	65
losartan potassium-hctz.....	70
loteprednol-tobramycin.....	117
lovastatin.....	72
low-ogestrel.....	98
loxapine succinate.....	53
lubiprostone.....	86
luizza 1.5/30.....	98
luizza 1/20.....	98
LUMAKRAS.....	42,43
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	92
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	92
LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	92
LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	92
lurasidone hcl.....	56
lutra.....	98
LYBALVI.....	22

lyleq.....	102
lyllana.....	99
LYNPARZA.....	43
LYSODREN.....	34
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	43
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	43
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	43
lyza.....	102

M

M-M-R II.....	112
macitentan.....	133
magnesium sulfate.....	82
malathion.....	80
maraviroc.....	63
marlissa.....	99
MARPLAN.....	22
MATULANE.....	31
matzim la.....	68
MAVYRET.....	59
meclizine hcl.....	25
medpura alcohol pads.....	79
medroxyprogesterone acetate.....	102
mefloquine hcl.....	50
megestrol acetate.....	102
MEKINIST.....	43
MEKTOVI.....	43
meleya.....	102
meloxicam.....	4
memantine hcl.....	20
memantine hcl er.....	20
MENEST.....	99
MENQUADFI.....	112
MENVEO.....	112
mercaptopurine.....	33
meropenem.....	12
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	12
mesalamine.....	83
mesalamine er.....	83
mesna.....	35

metformin hcl.....	119
metformin hcl er.....	119
methadone hcl.....	3
methazolamide.....	116
methenamine hippurate.....	9
methergine.....	129
methimazole.....	105
methocarbamol.....	114
METHOTREXATE SODIUM.....	110
methotrexate sodium.....	110
methotrexate sodium (pf).....	110
METHOXSALIN RAPID.....	79
methscopolamine bromide.....	86
methsuximide.....	20
METHYLDOPA.....	65
methylergonovine maleate.....	129
methylphenidate hcl.....	125
methylphenidate hcl er.....	125
methylprednisolone.....	103
methylprednisolone acetate.....	103
methylprednisolone sodium succ.....	103
metoclopramide hcl.....	25
metolazone.....	74
metoprolol succinate er.....	67
metoprolol tartrate.....	67
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	70
metronidazole.....	9
metyrosine.....	71
mexiletine hcl.....	66
micafungin sodium.....	28
MICONAZOLE 3.....	28
microgestin 1.5/30.....	99
microgestin 1/20.....	99
microgestin fe 1.5/30.....	99
microgestin fe 1/20.....	99
midodrine hcl.....	65
mifepristone.....	92
mili.....	99
minocycline hcl.....	14
minoxidil.....	75

minzoya.....	99
mirtazapine.....	22
misoprostol.....	87
modafinil.....	140
MODEYSO.....	34
moexipril hcl.....	74
MOLINDONE HCL.....	53
mometasone furoate.....	78
mondoxyne nl.....	14
mono-lynyah.....	99
montelukast sodium.....	134
morphine sulfate.....	2
morphine sulfate (concentrate).....	2
morphine sulfate er.....	3
MOUNJARO.....	119
MOVANTIK.....	86
moxifloxacin hcl.....	14,114
MOXIFLOXACIN HCL.....	14
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	114
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL.....	14
MRESVIA.....	112
MULTAQ.....	66
mupirocin.....	77
mycophenolate mofetil.....	110
mycophenolate mofetil hcl.....	110
mycophenolate sodium.....	110
mycophenolic acid.....	110
MYRBETRIQ.....	88

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	86
nabumetone.....	4
nadolol.....	67
nafcillin sodium.....	12
NAGLAZYME.....	139
naloxone hcl.....	7
naltrexone hcl.....	7
naproxen.....	4
naproxen dr.....	4
naproxen sodium.....	4

ofloxacin.....	114,141
OGSIVEO.....	44
OJEMDA.....	44
OJJAARA.....	34
olanzapine.....	56
olmesartan medoxomil.....	65
olmesartan medoxomil-hctz.....	71
olmesartan-amlodipine-hctz.....	71
omega-3-acid ethyl esters.....	73
omeprazole.....	87
OMNITROPE.....	86,93
ondansetron.....	26
ONDANSETRON HCL.....	26
ondansetron hcl.....	26
ONUREG.....	33
OPIPZA.....	56,57
OPVEE.....	129
oralone.....	64
ORGOVYX.....	93
orquidea.....	102
ORSERDU.....	32
oseltamivir phosphate.....	58
OSPHENA.....	101
OTEZLA.....	79,107
OTEZLA XR.....	79
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK.....	107
oxaprozin.....	4
oxcarbazepine.....	17
oxybutynin chloride.....	88
oxybutynin chloride er.....	88
oxycodone hcl.....	2
oxycodone-acetaminophen.....	2
OZEMPIC.....	119
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	119
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	119
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	119

P

pacerone.....	66
paliperidone er.....	57
PANRETIN.....	49
pantoprazole sodium.....	87
paricalcitol.....	84
paroxetine hcl.....	23
PAROXETINE HCL.....	23
paroxetine hcl er.....	24
PAXLOVID (150/100).....	63
PAXLOVID (300/100 & 150/100).....	63
PAXLOVID (300/100).....	64
pazopanib hcl.....	44
PAZOPANIB HCL.....	44
PEDIARIX.....	112
PEDVAXHIB.....	112
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	86
peg-3350/electrolytes.....	87
PEGASYS.....	106
PEMAZYRE.....	44
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP.....	130
PEN NEEDLES.....	130
PENBRAYA.....	130
penicillamine.....	88
penicillin g potassium.....	12
PENICILLIN G SODIUM.....	12
penicillin v potassium.....	12
PENMENVY.....	112
PENTACEL.....	112
pentamidine isethionate.....	50
pentoxifylline er.....	71
perampanel.....	15,16
PERINDOPRIL ERBUMINE.....	75
periogard.....	64
permethrin.....	80
perphenazine.....	25
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE.....	22
PERSERIS.....	57
pfizerpen.....	12
PHENELZINE SULFATE.....	22
phenobarbital.....	19
phenytek.....	17
phenytoin.....	17

phenytoin infatabs.....	17	prednisolone sodium phosphate.....	104
phenytoin sodium extended.....	17	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	115
philith.....	100	prednisone.....	104
PIFELTRO.....	62	PREDNISONE.....	104
pilocarpine hcl.....	64,116	PREDNISONE INTENSOL.....	104
pimozide.....	53	pregabalin.....	123
pimtrea.....	100	PREMARIN.....	100
pindolol.....	67	PREMASOL.....	82
pioglitazone hcl.....	119	PREMIUM LIDOCAINE.....	5
pioglitazone hcl-glimepiride.....	119	prenatal vitamins.....	82
pioglitazone hcl-metformin hcl.....	119	PRETOMANID.....	31
piperacillin sod-tazobactam so.....	12	prevalite.....	73
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	44	PREVYMIS.....	58
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	44	PREZCOBIX.....	61
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	44	PREZISTA.....	61
pirfenidone.....	136	primaquine phosphate.....	51
PIRFENIDONE.....	136	primidone.....	19
piroxicam.....	4	PRIORIX.....	112
PNV 27-CA/FE/FA.....	82	PRO COMFORT ALCOHOL.....	130
podofilox.....	79	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	130
polycin.....	117	probenecid.....	29
polymyxin b-trimethoprim.....	114	prochlorperazine.....	25
pomalidomide.....	32	prochlorperazine maleate.....	25
POMALYST.....	32	procto-med hc.....	78
portia-28.....	100	proctosol hc.....	78
posaconazole.....	28	proctozone-hc.....	78
potassium chloride.....	82	progesterone.....	103
potassium chloride crys er.....	82	PROGRAF.....	110
potassium chloride er.....	82	promethazine hcl.....	25,133
potassium chloride in dextrose.....	82	propafenone hcl.....	66
potassium chloride in nacl.....	82	propranolol hcl.....	67
potassium citrate er.....	82	PROPRANOLOL HCL.....	67
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%.....	82	propranolol hcl er.....	67
pramipexole dihydrochloride.....	51	propylthiouracil.....	105
prasugrel hcl.....	92	PROQUAD.....	112
pravastatin sodium.....	72	protriptyline hcl.....	25
praziquantel.....	50	PULMOZYME.....	136
prazosin hcl.....	66	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	130
prednisolone.....	103	pyrazinamide.....	31
prednisolone acetate.....	115	pyridostigmine bromide.....	30

pyridostigmine bromide er	30
pyrimethamine	51

Q

qc alcohol	79
QINLOCK	34
QUADRACEL	112
quetiapine fumarate	57
quetiapine fumarate er	57
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	130
quinapril hcl	75
quinapril-hydrochlorothiazide	71
QUINIDINE SULFATE	66
quinine sulfate	51
QVAR REDIHALER	134

R

ra isopropyl alcohol wipes	80
RABAVERT	112
rabeprazole sodium	87
RALDESY	24
raloxifene hcl	101
ramelteon	140
ramipril	75
ranolazine er	71
rasagiline mesylate	52
reclipsen	100
RECOMBIVAX HB	112
RELENZA DISKHALER	59
repaglinide	119
REPATHA	73
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	73
REPATHA SURECLICK	73
RESTASIS	117
RETACRIT	91
RETEVMO	44,45
REVCovi	139
REVUFORJ	45
REXULTI	57
REYATAZ	61

REZDIFFRA	105
REZLIDHIA	45
RHOPRESSA	116
RIBAVIRIN	59
ribavirin	59
RIDAURA	107
rifabutin	30
rifampin	31
rifapentine	31
rilpivirine hcl	62
riluzole	123
RIMANTADINE HCL	59
ringers	82
ringers irrigation	130
RINVOQ	107
RINVOQ LQ	107
risedronate sodium	84
risperidone	57
risperidone microspheres er	57
ritonavir	61
rivaroxaban	90
rivastigmine	21
rivastigmine tartrate	21
rizatriptan benzoate	29
ROCKLATAN	117
roflumilast	136
ROMVIMZA	45
ropinirole hcl	51
ropinirole hcl er	51
rosuvastatin calcium	72
ROTARIX	113
ROTATEQ	113
roweepira	16
ROZLYTREK	45
RUBRACA	45
rufinamide	18
RUKOBIA	63
RYBELSUS	119
RYDAPT	45

S

sacubitril-valsartan.....	71	SMOFLIPID.....	130
sajazir.....	106	sodium chloride.....	82
SANTYL.....	80	sodium chloride (pf).....	83
sapropterin dihydrochloride.....	139	sodium fluoride.....	83
SCEMBLIX.....	45,46	sodium oxybate.....	140
scopolamine.....	26	sodium phenylbutyrate.....	139
SECUADO.....	57	sodium polystyrene sulfonate.....	81
SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	130	solifenacin succinate.....	88
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES.....	130	SOLTAMOX.....	33
selegiline hcl.....	52	SOMAVERT.....	93
selenium sulfide.....	78	sorafenib tosylate.....	46
SELZENTRY.....	63	sotalol hcl.....	66
SEREVENT DISKUS.....	135	sotalol hcl (af).....	66
sertraline hcl.....	24	SPIRIVA RESPIMAT.....	134
setlakin.....	100	spironolactone.....	73
sevelamer carbonate.....	81	spironolactone-hctz.....	71
sharobel.....	103	sprintec 28.....	100
SHINGRIX.....	113	SPRITAM.....	16
SIGNIFOR.....	93	SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF).....	81
sildenafil citrate.....	133	sronyx.....	100
SILIGENTLE FOAM DRESSING.....	130	ssd.....	80
silodosin.....	88	sterile water for irrigation.....	130
silver sulfadiazine.....	80	STIOLTO RESPIMAT.....	138
SIMBRINZA.....	116	STIVARGA.....	46
SIMLANDI (1 PEN).....	110	STREPTOMYCIN SULFATE.....	8
SIMLANDI (1 SYRINGE).....	110	STRIBILD.....	60
SIMLANDI (2 PEN).....	110	subvenite.....	16
SIMLANDI (2 SYRINGE).....	110	SUBVENITE.....	16
simliya.....	100	sucalfate.....	87
simpesse.....	100	SULFACETAMIDE SODIUM.....	114
simvastatin.....	72	sulfacetamide sodium.....	115
sirolimus.....	110	sulfacetamide sodium (acne).....	76
SIRTURO.....	31	SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	117
sitagliip phos-metformin hcl er.....	119	sulfadiazine.....	14
sitagliptin phos-metformin hcl.....	119	sulfamethoxazole-trimethoprim.....	14
sitagliptin phosphate.....	120	sulfasalazine.....	83
SKYRIZI.....	107,108	sulfatrim pediatric.....	14
SKYRIZI PEN.....	108	sulindac.....	5
		sumatriptan.....	29
		sumatriptan succinate.....	29

SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL.....	29
sunitinib malate.....	46
SUNLENCA.....	63
SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	130
syeda.....	100
SYMPAZAN.....	19
SYMTUZA.....	61
SYNAREL.....	93
SYNJARDY.....	120
SYNJARDY XR.....	120
SYNTHROID.....	105

T

TABLOID.....	33
TABRECTA.....	46
tacrolimus.....	78,111
tadalafil.....	88,89
tadalafil (pah).....	133
TAFINLAR.....	46
TAGRISSO.....	46
TALZENNA.....	46
tamoxifen citrate.....	33
tamsulosin hcl.....	89
tarina fe 1/20.....	100
tarina fe 1/20 eq.....	100
TARPEYO.....	104
tasimelteon.....	140
tazarotene.....	76
TAZICEF.....	11
TAZVERIK.....	46
TDVAX.....	113
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	131
telmisartan.....	65
telmisartan-amlodipine.....	71
telmisartan-hctz.....	71
temazepam.....	140
TENIVAC.....	113
tenofovir disoproxil fumarate.....	62
TEPMETKO.....	47
terazosin hcl.....	66

terbinafine hcl.....	28
terconazole.....	28
teriflunomide.....	122
teriparatide.....	84
testosterone.....	94
testosterone cypionate.....	94
TESTOSTERONE ENANTHATE.....	94
tetrabenazine.....	123,124
tetracycline hcl.....	14
THALOMID.....	32,33
theophylline er.....	137
thioridazine hcl.....	53
thiothixene.....	53
tiadylt er.....	69
tiagabine hcl.....	19
TIBSOVO.....	47
ticagrelor.....	92
TICOVAC.....	113
tigecycline.....	9
timolol maleate.....	67,116
tinidazole.....	9
tiotropium bromide.....	135
TIVICAY.....	60
TIVICAY PD.....	60
tizanidine hcl.....	27
TOBI PODHALER.....	136
tobramycin.....	115,136
tobramycin sulfate.....	8
tobramycin-dexamethasone.....	117
TOLAK.....	80
tolterodine tartrate.....	88
tolterodine tartrate er.....	88
tolvaptan.....	80
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	131
topiramate.....	16
toremifene citrate.....	33
torsemide.....	74
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	121
TOUJEO SOLOSTAR.....	122
TPN ELECTROLYTES.....	83

TRADJENTA.....	120
tramadol hcl.....	2
tramadol hcl er.....	3
tramadol-acetaminophen.....	2
trandolapril.....	75
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	71
tranexamic acid.....	91
tranylcypromine sulfate.....	23
travoprost (bak free).....	115
trazodone hcl.....	24
TRECTOR.....	31
TRELEGY ELLIPTA.....	138
TREMFYA.....	108
TREMFYA ONE-PRESS.....	108
TREMFYA PEN.....	108
TREMFYA-CD/UC INDUCTION.....	108
TRESIBA.....	122
TRESIBA FLEXTOUCH.....	122
tretinoin.....	49,76
tri-estarylla.....	100
tri-linyah.....	100
tri-mili.....	100
tri-sprintec.....	101
tri-vylibra.....	101
triamcinolone acetonide.....	64,79
triamterene-hctz.....	71
triazolam.....	140
triderm.....	79
trientine hcl.....	80
TRIENTINE HCL.....	80
trifluoperazine hcl.....	53
TRIFLURIDINE.....	115
trihexyphenidyl hcl.....	51
TRIKAFTA.....	136
trimethoprim.....	9
trimipramine maleate.....	25
TRINTELLIX.....	24
TRIUMEQ.....	62
TRIUMEQ PD.....	62
trivora (28).....	101

trospium chloride.....	88
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	131
TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	131
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	131
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	131
TRULICITY.....	120
TRUMENBA.....	113
TRUQAP.....	47
TUKYSA.....	47
TURALIO.....	47
turqoz.....	101
TWINRIX.....	113
TYBOST.....	63
TYENNE.....	108
TYMLOS.....	84
TYPHIM VI.....	113

U

UDENYCA.....	91
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE.....	131
UNIFINE OTC PEN NEEDLES.....	131
UNIFINE PENTIPS.....	131
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....	131
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.....	131
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....	131
unithroid.....	105
UPTRAVI.....	133
ursodiol.....	87

V

valacyclovir hcl.....	59
VALCHLOR.....	80
valganciclovir hcl.....	58
valproate sodium.....	16
valproic acid.....	16
valsartan.....	65
valsartan-hydrochlorothiazide.....	71
VALTOCO 10 MG DOSE.....	19
VALTOCO 15 MG DOSE.....	19
VALTOCO 20 MG DOSE.....	19

VALTOCO 5 MG DOSE.....	19
valtya 1/35.....	101
VALTYA 1/50.....	101
vancomycin hcl.....	9
VANFLYTA.....	47
VAQTA.....	113
varenicline tartrate.....	7
varenicline tartrate (starter).....	7
varenicline tartrate(continue).....	7
VARIVAX.....	113
VAXCHORA.....	113
VELIVET.....	101
VELSIPITY.....	108
VENCLEXTA.....	47
VENCLEXTA STARTING PACK.....	47
venlafaxine hcl.....	24
venlafaxine hcl er.....	24
VEOZAH.....	124
VEPPANU.....	33
verapamil hcl.....	69
VERAPAMIL HCL ER.....	69
verapamil hcl er.....	69
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	132
VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	132
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	132
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR.....	132
VERQUVO.....	71
VERSACLOZ.....	54
VERZENIO.....	47
vestura.....	101
vienva.....	101
vigabatrin.....	19
vigadrone.....	19
VIGAFYDE.....	20
vigpoder.....	20
vilazodone hcl.....	24
VIMKUNYA.....	113
viorele.....	101
VIRACEPT.....	61
VIREAD.....	62

VITRAKVI.....	47,48
VIVOTIF.....	113
VIZIMPRO.....	48
volnea.....	101
VONJO.....	35
VOQUEZNA DUAL PAK.....	87
VOQUEZNA TRIPLE PAK.....	87
VORANIGO.....	48
voriconazole.....	28
VOSEVI.....	59
VOWST.....	132
VRAYLAR.....	58
vyfemla.....	101
vylibra.....	101
VYZULTA.....	115

W

warfarin sodium.....	90
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE.....	132
WEGOVY.....	71,72
WELIREG.....	34
wera.....	101
WINREVAIR.....	133
wixela inhub.....	138
wymzya fe.....	101
WYOST.....	84

X

XALKORI.....	48
XARELTO.....	90
XARELTO STARTER PACK.....	90
XATMEP.....	111
XCOPRI.....	16,18
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	18
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	18
XDEMVI.....	117
xelria fe.....	101
XERMELO.....	85
XIFAXAN.....	10
XIGDUO XR.....	120

XIIDRA.....	117
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	59
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	59
XOLAIR.....	108
XOSPATA.....	48
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	48
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	48
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	48
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	49
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	49
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	49
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	49
XTANDI.....	32
XTRENBO.....	85
xulane.....	101

Y

YESINTEK.....	108
YF-VAX.....	113
yuvaferm.....	101

Z

zafemy.....	101
zafirlukast.....	134
zaleplon.....	140
ZARXIO.....	91
ZEJULA.....	49
ZELBORAF.....	49
zenatane.....	76
ZENBEXUS.....	35
ZENPEP.....	139
zidovudine.....	63
ziprasidone hcl.....	58
ziprasidone mesylate.....	58
ZIRGAN.....	115
zoledronic acid.....	85
ZOLINZA.....	35
zolpidem tartrate.....	140
ZONISADE.....	18
zonisamide.....	18

zovia 1/35 (28).....	101
ZTALMY.....	20
zumandimine.....	101
ZURZUVAE.....	22
ZYDELIG.....	49
ZYKADIA.....	49
ZYMFENTRA (1 PEN).....	111
ZYMFENTRA (2 PEN).....	111
ZYMFENTRA (2 SYRINGE).....	111
ZYPREXA RELPREVV.....	58

En esta sección puede encontrar un medicamento buscando su nombre alfabéticamente. Esto le indicará el número de página donde puede encontrar información adicional sobre la cobertura de su medicamento.

ANALGÉSICOS.....	1
ANESTÉSICOS.....	5
ANSIOLÍTICOS.....	5
ANTIADICTIVOS/TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS, MEDICAMENTOS PARA EL.....	6
ANTIBACTERIANOS.....	8
ANTICONVULSIVOS.....	15
ANTIDEMENCIALES.....	20
ANTIDEPRESIVOS.....	21
ANTIEMÉTICOS.....	25
ANTIESPÁSTICOS.....	26
ANTIFÚNGICOS.....	27
ANTIGOTOSOS.....	28
ANTIJAQUECOSOS.....	29
ANTIMIASTÉNICOS.....	30
ANTIMICOBACTERIANOS.....	30
ANTINEOPLÁSICOS.....	31
ANTIPARASITARIOS.....	50
ANTIPARKINSONIANOS.....	51
ANTIPSICÓTICOS.....	52
ANTIVÍRICOS.....	58
BIPOLARES.....	64
BUCODENTALES.....	64
CARDIOVASCULARES.....	65
DERMATOLÓGICOS.....	76
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS.....	80
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA.....	83
ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA.....	84
GASTROINTESTINALES.....	85
GENITOURINARIOS.....	88
HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES.....	89
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY).....	92
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS).....	93
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HORMONAS.....	

SEXUALES/MODIFICADORES).....	94
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES).....	103
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS).....	104
HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS).....	105
INMUNOLÓGICOS.....	105
MIORRELAJANTES.....	114
OFTÁLMICOS.....	114
REGULADORES DE LA GLUCEMIA.....	118
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL.....	122
TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS.....	125
TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL.....	132
TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO.....	138
TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS.....	140
ÓTICOS.....	140

Notice of Availability of Language Services and Auxiliary Aids and Services

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call

1-800-452-4413 (TTY:711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-452-4413 (TTY:711)**. These services are free.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-800-452-4413 (TTY:711)**. تتوفر أيضا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ **1-800-452-4413 (TTY:711)**. هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-800-452-4413 (TTY:711)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու

խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-800-452-4413 (TTY:711)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-800-452-4413 (TTY: 711)**。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-800-452-4413 (TTY: 711)**。这些服务都是免费的。

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-800-452-4413 (TTY: 711)** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-800-452-4413 (TTY: 711)** पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-800-452-4413 (TTY: 711)** へお電話ください。

点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。

1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-800-452-4413 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-800-452-4413 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ເທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ

1-800-452-4413 (TTY: 711).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ

1-800-452-4413 (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx
longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac
daaih lorx taux **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Liouh lorx jauv-louc
tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx
mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx
caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc.
Douc waac daaih lorx **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Naaiv deix
nzie Weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc
cuotv nyaanh oc.

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ
1-800-452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់
ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក
ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។

ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-452-4413 (TTY:711)**។

សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

1-800-452-4413 (TTY: 711) توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های **711** **1-800-452-4413 (TTY: 711)** خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند. **711**

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-800-452-4413** (линия **TTY: 711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-800-452-4413** (линия **TTY: 711**). Такие услуги

предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Libre ang mga serbisyong ito.

แจ้งไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-452-4413 (TTY: 711)** นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-452-4413 (TTY: 711)** ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación va contra la ley. Blue Shield of California cumple con las leyes federales y estatales de derechos civiles. Blue Shield of California no discrimina de manera ilícita, no excluye personas ni las trata de manera diferente debido a su sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Blue Shield of California proporciona:

- » Asistencia y servicios gratuitos de manera oportuna a las personas con discapacidades para ayudarlas a que se comuniquen mejor, como por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- » Servicios lingüísticos gratuitos de manera oportuna a personas cuya lengua materna no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas
- » Si necesita estos servicios, comuníquese con *Blue Shield of California*, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Llame a Atención al Cliente en su región:

1-800-452-4413. Si no puede oír o hablar bien, llame al TTY: 711. Si usted lo solicita, este documento puede estar disponible para usted en braille, letra grande, cinta de audio o formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

Blue Shield of California

601 12th Street

Oakland, CA 94607-3613

1-800-452-4413 (TTY: 711)

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si usted cree que Blue Shield of California no ha brindado estos servicios o ha cometido una discriminación ilícita de alguna otra manera, por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, usted puede presentar una queja ante el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, personalmente o por vía electrónica:

- » Por teléfono: Comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., llamando al 1-800-776-4466. Si usted no puede oír o hablar bien, llame a la línea TTY/TDD 711.
- » Por escrito: Llene un formulario de queja o escriba una carta, y envíelo(a) a:
Blue Shield of California Civil Rights Coordinator, Medicare Appeals & Grievance, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91367 or email Appeal&GrievanceResol@blueshieldca.com.
- » En persona: Vaya al consultorio de su médico o a Blue Shield of California y diga que desea presentar una queja.
- » Por vía electrónica: Visite el sitio web de Blue Shield of California blueshieldca.com.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

- » También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California. Puede hacerlo por teléfono, por escrito o por vía electrónica:
- » Por teléfono: Llame al 1-916-440-7370. Si no puede hablar u oír bien, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- » Por escrito: Llene un formulario de queja o envíe una carta a:
Deputy Director, Office of Civil Rights Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- » Por vía electrónica: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)

Si usted cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- » Por teléfono: Llame al 1-800-368-1019. Si usted no puede hablar u oír bien, llame al TTY/TDD 1-800-537-7697.
- » Por escrito: Llene un formulario de queja o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201

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

- » Por vía electrónica: Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Esta *Lista de Medicamentos* se actualizó el 09/01/2026 .

Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, llámenos al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, o visite blueshieldca.com/medformulary2027.

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2027.



09/01/2026