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 12

Esta *Lista de Medicamentos* se actualizó el 10/23/2026 .

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 (11/26)

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 *Lista de Medicamentos Cubiertos*? (Usamos la frase "*Lista de Medicamentos*" para referirnos a la *Lista de Medicamentos Cubiertos* de forma abreviada). xiv

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

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

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

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? xx

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

B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción? xxi

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 *Lista de Medicamentos Cubiertos* xxviii

C1. Lista de medicamentos ordenados por problema de salud xxix

D. Índice de medicamentos cubiertos 143

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

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 بريل 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:

Esta sección continúa en la página siguiente

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

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.

Esta sección continúa en la página siguiente

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.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413
(TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Esta sección continúa en la página siguiente

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 ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

Esta sección continúa en la página siguiente

مطلب به زبان فارسی ((Persian (Farsi)

1-800-452-4413توجه: 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

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

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

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.

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.

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.

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

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

- **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*.

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 143 . 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.

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

- 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 ayudarle a pedir una excepción. También puede leer la **Sección G2 del Capítulo 9** del *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las excepciones.

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*.

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.

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 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 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

		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.	

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.

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 (*Limited Access*)	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 (*Prior authorization*)	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 (*Quantity Limit*)	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 (*Step Therapy*)	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

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
NDS	Suministro de días no extendido (*Non-Extended Day Supply*)	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.

ANALGÉSICOS

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

ANALGÉSICOS

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

ANALGÉSICOS

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

ANALGÉSICOS

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

ANALGÉSICOS

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

ANESTÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANESTÉSICOS LOCALES		
lidocaine 5 % ointment	NIVEL 4	QL (50 PER 30 DAYS)
lidocaine 5 % patch	NIVEL 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
lidocaine hcl 4 % solution	NIVEL 2	
lidocaine viscous hcl 2 % solution	NIVEL 2	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lidocan 5 % patch	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		
buspirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	NIVEL 2	
BENZODIACEPINAS		
alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)

ANSIOLÍTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
alprazolam 2 mg tab	NIVEL 2	QL (150 PER 30 DAYS)
clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)	NIVEL 3	QL (1200 PER 30 DAYS)
clonazepam 0.5 mg tab	NIVEL 2	QL (1200 PER 30 DAYS)
clonazepam 1 mg tab	NIVEL 2	QL (600 PER 30 DAYS)
clonazepam 1 mg tab disp	NIVEL 3	QL (600 PER 30 DAYS)
clonazepam 2 mg tab	NIVEL 2	QL (300 PER 30 DAYS)
clonazepam 2 mg tab disp	NIVEL 3	QL (300 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 15 mg tab	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 3.75 mg tab	NIVEL 4	QL (720 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 7.5 mg tab	NIVEL 4	QL (360 PER 30 DAYS)
diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)
diazepam 10 mg tab	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
diazepam 2 mg tab	NIVEL 2	QL (900 PER 30 DAYS)
diazepam 5 mg/5ml solution	NIVEL 2	QL (1800 PER 30 DAYS)
diazepam intensol 5 mg/ml conc	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)
lorazepam 0.5 mg tab	NIVEL 2	QL (600 PER 30 DAYS)
lorazepam 1 mg tab	NIVEL 2	QL (300 PER 30 DAYS)
lorazepam 2 mg tab	NIVEL 2	QL (150 PER 30 DAYS)
lorazepam 2 mg/ml conc	NIVEL 3	QL (150 PER 30 DAYS)
lorazepam intensol 2 mg/ml conc	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		
bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h	NIVEL 2	QL (60 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
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk	NIVEL 4	QL (53 PER 30 OVER TIME)
varenicline tartrate(continue) 1 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
DEPENDENCIA A OPIOIDES		
buprenorphine hcl (2 mg sl tab, 8 mg sl tab)	NIVEL 2	
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)	NIVEL 2	
DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN		
acamprosate calcium 333 mg tab dr	NIVEL 4	
disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 2	
REVERTIDORES OPIOIDEOS		
KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
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)	NIVEL 2	
naltrexone hcl 50 mg tab	NIVEL 2	

ANTIBACTERIANOS

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

ANTIBACTERIANOS

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

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	
cefadroxil (1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)	NIVEL 3	
cefadroxil 500 mg cap	NIVEL 2	
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)	NIVEL 4	
cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)	NIVEL 3	
cefdinir 300 mg cap	NIVEL 2	
cefepime hcl (1 gm recon soln, 1 gm/50ml solution, 2 gm recon soln, 2 gm/100ml solution)	NIVEL 4	
cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)	NIVEL 4	
cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)	NIVEL 4	
CEFPODOXIME PROXETIL (100 MG TAB, 100 MG/5ML RECON SUSP, 200 MG TAB, 50 MG/5ML RECON SUSP)	NIVEL 4	
cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)	NIVEL 2	
ceftaroline fosamil (400 mg recon soln, 600 mg recon soln)	NIVEL 5	
CEFTAZIDIME (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	

ANTIBACTERIANOS

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

ANTIBACTERIANOS

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

ANTIBACTERIANOS

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

ANTIBACTERIANOS

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

ANTICONVULSIVOS

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

ANTICONVULSIVOS

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

ANTICONVULSIVOS

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

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
rufinamide 200 mg tab	NIVEL 4	QL (480 PER 30 DAYS)
rufinamide 40 mg/ml suspension	NIVEL 5	QL (2400 PER 30 DAYS)
rufinamide 400 mg tab	NIVEL 4	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	
zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	NIVEL 2	
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
clobazam 10 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 2.5 mg/ml suspension	NIVEL 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 20 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
diazepam 10 mg gel	NIVEL 4	QL (20 PER 30 DAYS)
diazepam 2.5 mg gel	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)
diazepam 20 mg gel	NIVEL 4	QL (40 PER 30 DAYS)
gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)	NIVEL 3	QL (2160 PER 30 DAYS)
gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
gabapentin 100 mg cap	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)
gabapentin 300 mg cap	NIVEL 2	QL (240 PER 30 DAYS)
gabapentin 400 mg cap	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
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)	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)	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
tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	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)
vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg packet	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg tab	NIVEL 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
vigpoder 500 mg packet	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		
ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)	NIVEL 2	
methsuximide 300 mg cap	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)		
memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution)	NIVEL 3	
memantine hcl er (14 mg cap er 24h, 21 mg cap er 24h, 28 mg cap er 24h, 7 mg cap er 24h)	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)
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
donepezil hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 1	
donepezil hcl 23 mg tab	NIVEL 4	ST

ANTIDEMENCIALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	NIVEL 2	
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	NIVEL 2	
galantamine hydrobromide (12 mg tab, 4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab)	NIVEL 4	
galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
rivastigmine (13.3 mg/24hr patch 24hr, 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)	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
bupropion hcl 100 mg tab	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
bupropion hcl 75 mg tab	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h	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
mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)	NIVEL 2	
mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)	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	
tranylcypromine sulfate 10 mg tab	NIVEL 4	

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)/INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (SNRI)		
citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	
citalopram hydrobromide (10 mg/5ml solution, 20 mg/10ml solution)	NIVEL 3	
desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 1	
escitalopram oxalate (10 mg/10ml solution, 5 mg/5ml solution)	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
fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 1	
fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution	NIVEL 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	NIVEL 4	QL (4 PER 28 DAYS)
fluvoxamine maleate 100 mg tab	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 25 mg tab	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 50 mg tab	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	
paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (900 PER 30 DAYS)

ANTIDEPRESIVOS

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

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
doxepin hcl 10 mg/ml conc	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	NIVEL 2	
nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution	NIVEL 4	
protriptyline hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 4	
trimipramine maleate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	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		
compro 25 mg suppos	NIVEL 4	
meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)	NIVEL 2	
metoclopramide hcl (10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)	NIVEL 2	
metoclopramide hcl 5 mg/ml solution	NIVEL 4	
perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	NIVEL 2	
prochlorperazine 25 mg suppos	NIVEL 4	
prochlorperazine maleate (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	PA

ANTIEMÉTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
scopolamine 1 mg/3days patch 72hr	NIVEL 4	
COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGÉNICA		
aprepitant (125 mg cap, 80 & 125 mg cap thpk, 80 mg cap)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
aprepitant 40 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
granisetron hcl 1 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 4 mg tab disp	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 8 mg tab disp	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
ondansetron hcl 4 mg tab	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 4 mg/5ml solution	NIVEL 4	QL (900 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 8 mg tab	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		
baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	

ANTIESPÁSTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
baclofen 15 mg tab	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
baclofen 5 mg tab	NIVEL 2	QL (480 PER 30 DAYS)
dantrolene sodium (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	NIVEL 4	
tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)	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
amphotericin b liposome 50 mg recon susp	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)	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)
econazole nitrate 1 % cream	NIVEL 4	
fluconazole (10 mg/ml recon susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)	NIVEL 2	
fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)	NIVEL 4	
flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)	NIVEL 5	
griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)	NIVEL 4	

ANTIFÚNGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	NIVEL 4	
itraconazole 100 mg cap	NIVEL 4	
ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)	NIVEL 2	
klayesta 100000 unit/gm powder	NIVEL 4	
micafungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)	NIVEL 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	NIVEL 3	
nyamyc 100000 unit/gm powder	NIVEL 4	
nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)	NIVEL 2	
nystatin 100000 unit/gm powder	NIVEL 4	
nystop 100000 unit/gm powder	NIVEL 4	
posaconazole 100 mg tab dr	NIVEL 4	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
terbinafine hcl 250 mg tab	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)	NIVEL 3	
terconazole 80 mg suppos	NIVEL 4	
voriconazole (200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)	NIVEL 4	PA
voriconazole 200 mg recon soln	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		
allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 1	

ANTIGOTOSOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
colchicine 0.6 mg tab	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab	NIVEL 2	
febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
probenecid 500 mg tab	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)		
naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)	NIVEL 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)
rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)	NIVEL 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
ALCALOIDES DE ERGOTAMINA		
dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution	NIVEL 4	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB	NIVEL 3	QL (40 PER 28 DAYS)

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		
pyridostigmine bromide 60 mg tab	NIVEL 2	
pyridostigmine bromide er 180 mg tab er	NIVEL 4	

ANTIMICOBACTERIANOS

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

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)
pyrazinamide 500 mg tab	NIVEL 2	
rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)	NIVEL 2	
rifampin 600 mg recon soln	NIVEL 4	
rifapentine 150 mg tab	NIVEL 4	
SIRTURO (100 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 5	PA
TRECATOR 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	
lomustine (10 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	
lomustine 100 mg cap	NIVEL 5	
MATULANE 50 MG CAP	NIVEL 5	LA
ANTIANDRÓGENOS		
abiraterone acetate 250 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abiraterone acetate 500 mg tab	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abirtega 250 mg tab	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bicalutamide 50 mg tab	NIVEL 2	

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	
nilutamide 150 mg tab	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		
lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)	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

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		
fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr	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
tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
toremifene citrate 60 mg tab	NIVEL 4	
VEPPANU (100 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIMETABOLITOS		
mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
mercaptopurine 50 mg tab	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

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
hydroxyurea 500 mg cap	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	
leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)	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

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 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO		
mesna 400 mg tab	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		
anastrozole 1 mg tab	NIVEL 1	
exemestane 25 mg tab	NIVEL 4	
letrozole 2.5 mg tab	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES		
ALECENSA 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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
bosutinib (400 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib 100 mg tab	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)	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
erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
erlotinib hcl 25 mg tab	NIVEL 3	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)	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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
gefitinib 250 mg tab	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
imatinib mesylate 100 mg tab	NIVEL 3	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
imatinib mesylate 400 mg tab	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

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
lapatinib ditosylate 250 mg tab	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

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
nilotinib hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	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

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
pazopanib hcl 200 mg tab	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

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

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
sorafenib tosylate 200 mg tab	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
sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 12.5 mg cap	NIVEL 5	QL (210 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 25 mg cap	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
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

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

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		
bexarotene 1 % gel	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bexarotene 75 mg cap	NIVEL 3	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tretinoin 10 mg cap	NIVEL 5	

ANTIPARASITARIOS

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

ANTIPARASITARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab	NIVEL 2	
pyrimethamine 25 mg tab	NIVEL 5	PA
quinine sulfate 324 mg cap	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		
bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)	NIVEL 4	
pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)	NIVEL 2	
ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
ropinirole hcl er (2 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h, 6 mg tab er 24h)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
ANTICOLINÉRGICOS		
benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 2	
benztropine mesylate 1 mg/ml solution	NIVEL 4	
trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)	NIVEL 2	

ANTIPARKINSONIANOS

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

ANTIPSICÓTICOS

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

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS		
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)	NIVEL 4	
fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution	NIVEL 4	
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)	NIVEL 4	
haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)	NIVEL 3	
haloperidol lactate 2 mg/ml conc	NIVEL 3	
haloperidol lactate 5 mg/ml solution	NIVEL 2	
loxapine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)	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)
pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 3	
thioridazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
thiothixene (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	NIVEL 3	
trifluoperazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
RESISTENTES AL TRATAMIENTO		
clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, 25 mg tab disp)	NIVEL 4	

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	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
aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
aripiprazole 1 mg/ml solution	NIVEL 4	QL (750 PER 30 DAYS)
aripiprazole 2 mg tab	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
aripiprazole 5 mg tab	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
asenapine maleate (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab)	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

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

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
lurasidone hcl (120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
lurasidone hcl 80 mg tab	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
olanzapine (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)	NIVEL 4	
olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	NIVEL 2	
OPIPZA (10 MG FILM, 5 MG FILM)	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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
paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er 6 mg tab er 24h	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
quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	
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)	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
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)	NIVEL 4	
risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)	NIVEL 2	
risperidone 1 mg/ml solution	NIVEL 3	
risperidone microspheres er (12.5 mg srer, 25 mg srer)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)	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

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
WELTRUZA (318 MG SRER, 425 MG SRER, 531 MG SRER)	NIVEL 5	QL (1 VIAL PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	NIVEL 3	
ziprasidone mesylate 20 mg recon soln	NIVEL 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIVÍRICOS

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)
valganciclovir hcl 450 mg tab	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln	NIVEL 4	QL (540 PER 30 DAYS)
ANTIGRIPALES		
oseltamivir phosphate 30 mg cap	NIVEL 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 45 mg cap	NIVEL 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp	NIVEL 3	QL (1080 PER 365 OVER TIME)

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
oseltamivir phosphate 75 mg cap	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	NIVEL 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) 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)		
adefovir dipivoxil 10 mg tab	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (630 PER 30 DAYS)
entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine 100 mg tab	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	
ribavirin 6 gm recon soln	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ANTIHERPÉTICOS		
acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)	NIVEL 2	
acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	NIVEL 4	
acyclovir sodium 50 mg/ml solution	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 2	

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)	NIVEL 2	
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)
raltegravir potassium 400 mg tab	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
raltegravir potassium 600 mg tab	NIVEL 5	QL (60 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)
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
atazanavir sulfate 300 mg cap	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
darunavir 600 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
darunavir 800 mg tab	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
fosamprenavir calcium 700 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (390 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab	NIVEL 4	QL (300 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
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)
PREZCOBIX PED 600-90 MG TAB SOL	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)
ritonavir 100 mg tab	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)
efavirenz 600 mg tab	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg tab	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
etravirine 100 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
etravirine 200 mg tab	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (360 PER 30 DAYS)
nevirapine 200 mg tab	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
nevirapine er 400 mg tab er 24h	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
rilpivirine hcl 25 mg tab	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NUCLEOSÍDICOS Y NUCLEOTÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NRTI)		
abacavir sulfate 20 mg/ml solution	NIVEL 4	QL (900 PER 30 DAYS)
abacavir sulfate 300 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab	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)
emtricitabine 200 mg cap	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (720 PER 30 DAYS)
lamivudine (10 mg/ml solution, 300 mg/30ml solution)	NIVEL 3	QL (900 PER 30 DAYS)
lamivudine 150 mg tab	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
lamivudine 300 mg tab	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
zidovudine 100 mg cap	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
zidovudine 300 mg tab	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
zidovudine 50 mg/5ml syrup	NIVEL 2	QL (1800 PER 30 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS		
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK 75-50 & 4 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (68 PER 365 OVER TIME)
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
IDVYNSO 100-0.25 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
maraviroc 150 mg tab	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
maraviroc 300 mg tab	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

ANTIVÍRICOS

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

BUCODENTALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BUCODENTALES		
cevimeline hcl 30 mg cap	NIVEL 4	

BUCODENTALES

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

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA		
clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)	NIVEL 3	
clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)	NIVEL 1	
droxidopa 100 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (540 PER 30 DAYS)
droxidopa 200 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
droxidopa 300 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 2	
METHYLDOPA (250 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 2	
midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 3	

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	NIVEL 1	
irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)	NIVEL 1	
losartan potassium (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 1	
olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 1	
telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1	
valsartan (160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1	
ANTIARRÍTMICOS		
amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	NIVEL 4	
amiodarone hcl 200 mg tab	NIVEL 2	
digox 125 mcg tab	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)	NIVEL 4	
flecainide acetate (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	
mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)	NIVEL 2	
MULTAQ 400 MG TAB	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)	NIVEL 4	
pacerone 200 mg tab	NIVEL 2	
propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 2	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 2	

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 2	
sotalol hcl (af) (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 2	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA		
doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	NIVEL 2	
prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	NIVEL 2	
terazosin hcl (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	NIVEL 1	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)	NIVEL 2	
atenolol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 1	
betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
bisoprolol fumarate (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)	NIVEL 1	
labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 2	
metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	NIVEL 1	
metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 1	
nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 2	
nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 3	
pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 2	

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	NIVEL 3	
propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)	NIVEL 2	
timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 4	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS		
amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 1	
felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	NIVEL 2	
isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)	NIVEL 3	
nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)	NIVEL 2	
nifedipine er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)	NIVEL 2	
nifedipine er osmotic release (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)	NIVEL 2	
nimodipine 30 mg cap	NIVEL 4	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS		
cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)	NIVEL 2	
dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)	NIVEL 2	
diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)	NIVEL 2	
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	NIVEL 2	
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	NIVEL 2	
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	NIVEL 2	

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	NIVEL 2	
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	NIVEL 2	
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)	NIVEL 2	
diltiazem hcl er beads 420 mg cap er 24h	NIVEL 2	
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)	NIVEL 2	
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)	NIVEL 2	
verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	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	
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)	NIVEL 2	
CARDIOVASCULARES, OTROS		
acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)	NIVEL 2	
aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 4	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab	NIVEL 2	

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	NIVEL 1	
amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)	NIVEL 1	
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)	NIVEL 3	
amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)	NIVEL 1	
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)	NIVEL 1	
atenolol-chlorthalidone (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)	NIVEL 1	
benazepril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)	NIVEL 1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)	NIVEL 2	
candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)	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)
enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)	NIVEL 1	

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	NIVEL 1	
irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)	NIVEL 1	
ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	NIVEL 1	
losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)	NIVEL 1	
metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)	NIVEL 2	
metyrosine 250 mg cap	NIVEL 5	
olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	NIVEL 1	
olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)	NIVEL 1	
pentoxifylline er 400 mg tab er	NIVEL 2	
quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	NIVEL 1	
ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan (49-51 mg tab, 97-103 mg tab)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan 24-26 mg tab	NIVEL 3	QL (180 PER 30 DAYS)
spironolactone-hctz 25-25 mg tab	NIVEL 2	
telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)	NIVEL 1	

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)	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	
triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)	NIVEL 1	
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)	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
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		
fenofibrate (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)	NIVEL 2	
fenofibrate micronized (130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap, 43 mg cap, 67 mg cap)	NIVEL 2	
fenofibric acid (135 mg cap dr, 45 mg cap dr)	NIVEL 3	
gemfibrozil 600 mg tab	NIVEL 2	
DISLIPIDÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HIDROXIMETILGLUTARIL-COENZIMA A (HMG-COA) REDUCTASA		
atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1	
fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 1	

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h	NIVEL 2	
lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1	
rosuvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 1	
simvastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1	
DISLIPIDÉMICOS, OTROS		
cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	NIVEL 3	
cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	NIVEL 2	
colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)	NIVEL 4	
colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)	NIVEL 3	
colestipol hcl 1 gm tab	NIVEL 2	
ezetimibe 10 mg tab	NIVEL 2	
ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)	NIVEL 2	
icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	NIVEL 4	
niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	NIVEL 4	
omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	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		
amiloride hcl 5 mg tab	NIVEL 2	
eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 3	
spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 1	
DIURÉTICOS, ASA		
bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 2	
bumetanide 0.25 mg/ml solution	NIVEL 4	
FUROSEMIDE (10 MG/ML SOLUTION, 20 MG TAB, 40 MG TAB, 8 MG/ML SOLUTION, 80 MG TAB)	NIVEL 1	
furosemide 10 mg/ml solution	NIVEL 4	
torsemide (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
DIURÉTICOS, TIAZIDAS		
chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	
hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 1	
indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)	NIVEL 1	
metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)		
benazepril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 1	
captopril (100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 1	
enalapril maleate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 1	
fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	
lisinopril (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 1	
moexipril hcl (15 mg tab, 7.5 mg tab)	NIVEL 1	
PERINDOPRIL ERBUMINE (2 MG TAB, 4 MG TAB, 8 MG TAB)	NIVEL 1	
quinapril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 1	
ramipril (1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)	NIVEL 1	
trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	NIVEL 1	
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
dapagliflozin (10 mg tab, 5 mg tab)	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	QL (30 PER 30 DAYS)
VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA		
hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 1	
minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)	NIVEL 2	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
isosorbide mononitrate er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)	NIVEL 1	
isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24h	NIVEL 2	
nitro-bid 2 % ointment	NIVEL 3	
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)	NIVEL 2	
nitroglycerin 0.4 % ointment	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
nitroglycerin 2 % ointment	NIVEL 3	

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	
acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)	NIVEL 4	
amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	
benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel	NIVEL 4	
claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	
clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel	NIVEL 3	
isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion	NIVEL 3	
tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)	NIVEL 4	
tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)	NIVEL 4	PA
tretinoin 0.025 % cream	NIVEL 3	PA
zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	
ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS		
acyclovir 5 % ointment	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ciclodan 8 % solution	NIVEL 2	
ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)	NIVEL 4	
ciclopirox 8 % solution	NIVEL 2	
ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)	NIVEL 2	
clindamycin phos (once-daily) 1 % gel	NIVEL 2	
clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel	NIVEL 2	
clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)	NIVEL 2	
ERY 2 % PAD	NIVEL 3	
erythromycin 2 % gel	NIVEL 4	
erythromycin 2 % solution	NIVEL 2	
mupirocin 2 % ointment	NIVEL 2	
DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
ala-cort 1 % cream	NIVEL 2	
alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	NIVEL 3	
ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)	NIVEL 2	

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	NIVEL 2	
betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	NIVEL 3	
betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream	NIVEL 2	
betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)	NIVEL 2	
clobetasol prop emollient base 0.05 % cream	NIVEL 4	
clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)	NIVEL 4	
clobetasol propionate 0.05 % liquid	NIVEL 4	QL (250 PER 30 DAYS)
desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	NIVEL 4	
desoximetasone 0.25 % cream	NIVEL 4	
EUCRISA 2 % OINTMENT	NIVEL 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)	NIVEL 3	
fluocinolone acetonide 0.01 % solution	NIVEL 4	
fluocinolone acetonide body 0.01 % oil	NIVEL 4	
fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil	NIVEL 4	
fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)	NIVEL 3	
fluocinonide emulsified base 0.05 % cream	NIVEL 3	

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)	NIVEL 2	
halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	NIVEL 4	QL (200 PER 28 DAYS)
hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)	NIVEL 2	
hydrocortisone (perianal) (1 % cream, 2.5 % cream)	NIVEL 2	
hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment	NIVEL 4	
mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)	NIVEL 2	
procto-med hc 2.5 % cream	NIVEL 2	
proctosol hc 2.5 % cream	NIVEL 2	
proctozone-hc 2.5 % cream	NIVEL 2	
selenium sulfide 2.5 % lotion	NIVEL 2	
tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)	NIVEL 4	QL (100 PER 30 DAYS)
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)	NIVEL 2	
triderm 0.5 % cream	NIVEL 2	
DERMATOLÓGICOS, OTROS		
alcohol wipes 70 % misc	NIVEL 2	
calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)	NIVEL 4	
calcipotriene 0.005 % solution	NIVEL 3	
calcitrene 0.005 % ointment	NIVEL 3	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream	NIVEL 2	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion	NIVEL 4	

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc	NIVEL 2	
fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)	NIVEL 2	
fluorouracil 5 % cream	NIVEL 3	
imiquimod 5 % cream	NIVEL 2	QL (24 PER 30 DAYS)
isopropyl alcohol 70 % misc	NIVEL 2	
isopropyl alcohol wipes 70 % misc	NIVEL 2	
medpura alcohol pads 70 % misc	NIVEL 2	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	NIVEL 5	
nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)	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)
podofilox 0.5 % solution	NIVEL 2	
qc alcohol 70 % misc	NIVEL 2	
ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc	NIVEL 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
silver sulfadiazine 1 % cream	NIVEL 2	
ssd 1 % cream	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		
malathion 0.5 % lotion	NIVEL 4	
permethrin 5 % cream	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		
deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)	NIVEL 5	
deferasirox 125 mg tab sol	NIVEL 3	
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)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
tolvaptan 15 mg tab	NIVEL 5	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
tolvaptan 30 mg tab	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
trientine hcl 250 mg cap	NIVEL 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
QUELANTES DE FOSFATO		
calcium acetate (phos binder) 667 mg cap	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
sevelamer carbonate 800 mg tab	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
QUELANTES DE POTASIO		
kionex 15 gm/60ml suspension	NIVEL 2	
LOKELMA (10 GM PACKET, 5 GM PACKET)	NIVEL 3	
sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)	NIVEL 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION)	NIVEL 2	
SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES		
dextrose 10 % solution	NIVEL 4	
dextrose 5 % solution	NIVEL 3	
dextrose in lactated ringers 5 % solution	NIVEL 4	

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	NIVEL 3	
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)	NIVEL 4	
dextrose-sodium chloride (5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)	NIVEL 3	
kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)	NIVEL 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	NIVEL 4	
klor-con 10 10 meq tab er	NIVEL 2	
klor-con 8 meq tab er	NIVEL 2	
klor-con m10 10 meq tab er	NIVEL 2	
klor-con m15 15 meq tab er	NIVEL 2	
klor-con m20 20 meq tab er	NIVEL 2	
lactated ringers solution	NIVEL 4	
magnesium sulfate 50 % solution	NIVEL 4	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	NIVEL 3	
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)	NIVEL 4	
potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)	NIVEL 2	
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)	NIVEL 2	

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution	NIVEL 4	
potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)	NIVEL 4	
potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)	NIVEL 3	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	NIVEL 4	
PREMASOL 10 % SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
prenatal vitamins	NIVEL 3	
ringers solution	NIVEL 4	
sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)	NIVEL 4	
sodium chloride (pf) 0.9 % solution	NIVEL 4	
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)	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		
balsalazide disodium 750 mg cap	NIVEL 3	
mesalamine (1000 mg suppos, 4 gm enema)	NIVEL 4	

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

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

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		
alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)	NIVEL 1	
alendronate sodium 70 mg/75ml solution	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)
calcitonin (salmon) 200 unit/act solution	NIVEL 2	QL (3.7 PER 30 DAYS)
calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)	NIVEL 2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
doxercalciferol 4 mcg/2ml solution	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENOBY 60 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA
ibandronate sodium 150 mg tab	NIVEL 1	
ibandronate sodium 3 mg/3ml solution	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA
paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 4	
teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen	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)
XTRENBO 120 MG/1.7ML SOLUTION	NIVEL 4	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)	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)		
cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)	NIVEL 2	

GASTROINTESTINALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	
NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)	NIVEL 2	
ANTIDIARREICOS		
alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)	NIVEL 4	PA
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab	NIVEL 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	NIVEL 4	
loperamide hcl 2 mg cap	NIVEL 2	
XERMELO 250 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES		
dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)	NIVEL 2	PA
dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution	NIVEL 4	PA
glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 2	
methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 4	
ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
constulose 10 gm/15ml solution	NIVEL 2	
enulose 10 gm/15ml solution	NIVEL 2	
gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln	NIVEL 2	
generlac 10 gm/15ml solution	NIVEL 2	
lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)	NIVEL 2	
lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution	NIVEL 2	
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)

GASTROINTESTINALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution	NIVEL 3	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln	NIVEL 2	
GASTROINTESTINALES, OTROS		
bis subcit-metronid-tetracyc 140-125-125 mg cap	NIVEL 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap	NIVEL 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
cromolyn sodium 100 mg/5ml conc	NIVEL 4	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	NIVEL 2	
gavilyte-g 236 gm recon soln	NIVEL 2	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	NIVEL 5	PA
peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln	NIVEL 2	
ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 3	
ursodiol 300 mg cap	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		
esomeprazole magnesium 20 mg cap dr	NIVEL 4	
esomeprazole magnesium 40 mg cap dr	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lansoprazole 15 mg cap dr	NIVEL 2	

GASTROINTESTINALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
lansoprazole 30 mg cap dr	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
omeprazole 10 mg cap dr	NIVEL 2	
omeprazole 20 mg cap dr	NIVEL 1	
omeprazole 40 mg cap dr	NIVEL 1	QL (60 PER 30 DAYS)
pantoprazole sodium 20 mg tab dr	NIVEL 1	
pantoprazole sodium 40 mg recon soln	NIVEL 4	
pantoprazole sodium 40 mg tab dr	NIVEL 1	QL (60 PER 30 DAYS)
rabeprazole sodium 20 mg tab dr	NIVEL 3	
PROTECTORES		
misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)	NIVEL 2	
sucralfate 1 gm tab	NIVEL 2	

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)
oxybutynin chloride 5 mg tab	NIVEL 2	
oxybutynin chloride er (10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	NIVEL 2	
solifenacin succinate (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 4	ST

GENITOURINARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)	NIVEL 4	ST
trospium chloride 20 mg tab	NIVEL 2	
GENITOURINARIOS, OTROS		
bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)	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)
penicillamine 250 mg tab	NIVEL 5	PA
HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h	NIVEL 2	
dutasteride 0.5 mg cap	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
finasteride 5 mg tab	NIVEL 1	
silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
tadalafil 2.5 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
tadalafil 5 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	NIVEL 1	

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTICOAGULANTES		
dabigatran etexilate mesylate (110 mg cap, 150 mg cap, 75 mg cap)	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)

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsyr, 80 mg/0.8ml soln prsyr)	NIVEL 4	QL (48 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr	NIVEL 4	QL (18 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr	NIVEL 4	QL (24 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr	NIVEL 4	QL (36 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution	NIVEL 5	QL (24 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution	NIVEL 4	QL (15 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution	NIVEL 5	QL (12 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution	NIVEL 4	QL (18 PER 30 DAYS)
heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution)	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
jantoven (1 mg tab, 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)	NIVEL 1	

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
rivaroxaban 1 mg/ml recon susp	NIVEL 3	QL (600 PER 30 DAYS)
rivaroxaban 2.5 mg tab	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
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)	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		
anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)	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
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
eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine 25 mg packet	NIVEL 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine 75 mg tab	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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		
tranexamic acid 650 mg tab	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
MODIFICADORES PLAQUETARIOS		
aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h	NIVEL 4	
cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	NIVEL 1	QL (30 PER 30 DAYS)
dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	NIVEL 3	
prasugrel hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)	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)		
cabergoline 0.5 mg tab	NIVEL 3	
leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit	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	
mifepristone 300 mg tab	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
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)	NIVEL 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	

HORMONALES, 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)		
desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution	NIVEL 4	
desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)	NIVEL 3	
desmopressin acetate 4 mcg/ml solution	NIVEL 4	
desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution	NIVEL 4	
desmopressin acetate spray 0.01 % solution	NIVEL 4	
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	PA

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANDRÓGENOS		
danazol (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	NIVEL 4	
depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)	NIVEL 3	
testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)	NIVEL 3	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
testosterone (20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)	NIVEL 4	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel	NIVEL 4	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)	NIVEL 3	

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)
ESTRÓGENOS		
afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
altavera 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
apri 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	NIVEL 3	
ashlyna 0.15-0.03 &0.01 mg tab	NIVEL 4	
aubra 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
aviane 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
ayuna 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	NIVEL 3	
balziva 0.4-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
briellyn 0.4-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
camrese 0.15-0.03 &0.01 mg tab	NIVEL 4	
camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	NIVEL 3	

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
cryselle 0.3-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
cyred 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
daysee 0.15-0.03 &0.01 mg tab	NIVEL 4	
delyla 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	NIVEL 3	
dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)	NIVEL 3	QL (16 PER 28 DAYS)
drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)	NIVEL 3	
elinest 0.3-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring	NIVEL 3	
enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring	NIVEL 3	
enpresse-28 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	NIVEL 3	
enskyce 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
estarylla 0.25-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)	NIVEL 3	QL (16 PER 28 DAYS)

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)	NIVEL 3	QL (8 PER 28 DAYS)
estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 1	
estradiol 0.01 % cream	NIVEL 2	
estradiol 10 mcg tab	NIVEL 3	
estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)	NIVEL 4	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	NIVEL 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)	NIVEL 4	
ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 mg-mcg tab, 1-50 mg-mcg tab)	NIVEL 3	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring	NIVEL 3	
falmina 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)	NIVEL 4	
hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring	NIVEL 3	
iclevia 0.15-0.03 mg tab	NIVEL 3	
introvale 0.15-0.03 mg tab	NIVEL 3	
isibloom 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
jaimiess 0.15-0.03 &0.01 mg tab	NIVEL 4	

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
jasmiel 3-0.02 mg tab	NIVEL 3	
jinteli 1-5 mg-mcg tab	NIVEL 4	
jolessa 0.15-0.03 mg tab	NIVEL 3	
joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab	NIVEL 3	
juleber 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
junel 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
kalliga 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	NIVEL 3	
kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab	NIVEL 3	
kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
larin 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
lessina 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	NIVEL 3	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	NIVEL 3	
levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)	NIVEL 3	
levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 &0.01 mg tab	NIVEL 4	
levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab	NIVEL 3	

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	NIVEL 3	
levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
lo-zumandimine 3-0.02 mg tab	NIVEL 3	
loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	NIVEL 3	
loryna 3-0.02 mg tab	NIVEL 3	
low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
lutera 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
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)	NIVEL 3	QL (16 PER 28 DAYS)
marlissa 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	NIVEL 4	
microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
mili 0.25-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab	NIVEL 3	
mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
nikki 3-0.02 mg tab	NIVEL 3	
norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk	NIVEL 3	
norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)	NIVEL 3	
norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	NIVEL 3	
norethindrone acet-ethinyl est (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)	NIVEL 3	
norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)	NIVEL 4	
norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	
norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
ocella 3-0.03 mg tab	NIVEL 3	
philith 0.4-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	NIVEL 3	

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
portia-28 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	NIVEL 3	
reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
setlakin 0.15-0.03 mg tab	NIVEL 3	
simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	NIVEL 3	
simpesse 0.15-0.03 &0.01 mg tab	NIVEL 4	
sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
sronyx 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
syeda 3-0.03 mg tab	NIVEL 3	
tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	
tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	
trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	NIVEL 3	
turqoz 0.3-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab	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	
vestura 3-0.02 mg tab	NIVEL 3	
vienva 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	NIVEL 3	
volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	NIVEL 3	
vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
vylibra 0.25-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
wera 0.5-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	NIVEL 3	
xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	NIVEL 3	
xulane 150-35 mcg/24hr patch wk	NIVEL 3	
yuvafem 10 mcg tab	NIVEL 3	
zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk	NIVEL 3	
zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
zumandimine 3-0.03 mg tab	NIVEL 3	
MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS		
OSPHENA 60 MG TAB	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
raloxifene hcl 60 mg tab	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
PROGESTINAS		
camila 0.35 mg tab	NIVEL 3	
deblitane 0.35 mg tab	NIVEL 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	
emzahh 0.35 mg tab	NIVEL 3	
errin 0.35 mg tab	NIVEL 3	
gallifrey 5 mg tab	NIVEL 2	
heather 0.35 mg tab	NIVEL 3	
incassia 0.35 mg tab	NIVEL 3	
jencycla 0.35 mg tab	NIVEL 3	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	NIVEL 3	

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
lyleq 0.35 mg tab	NIVEL 3	
lyza 0.35 mg tab	NIVEL 3	
medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)	NIVEL 3	
megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
meleya 0.35 mg tab	NIVEL 3	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	NIVEL 3	
nora-be 0.35 mg tab	NIVEL 3	
norethindrone 0.35 mg tab	NIVEL 3	
norethindrone acetate 5 mg tab	NIVEL 2	
norlyroc 0.35 mg tab	NIVEL 3	
orquidea 0.35 mg tab	NIVEL 3	
progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)	NIVEL 2	
sharobel 0.35 mg tab	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	
dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)	NIVEL 2	

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	
dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	NIVEL 2	
methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)	NIVEL 2	
methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)	NIVEL 4	
methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln	NIVEL 4	
prednisolone 15 mg/5ml solution	NIVEL 2	
prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 5 mg/5ml solution, 6.7 (5 base) mg/5ml solution)	NIVEL 2	
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)	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)		
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)	NIVEL 1	
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)	NIVEL 3	
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)	NIVEL 1	
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)	NIVEL 3	
liothyronine sodium (25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab)	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	
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)	NIVEL 3	

HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTITIROIDEOS		
methimazole (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
propylthiouracil 50 mg tab	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
icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
sajazir 30 mg/3ml soln prsyr	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

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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)

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
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)

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
INMUNOSUPRESORES		
azathioprine 50 mg tab	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)	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)
ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENVARSUS XR 4 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
everolimus 1 mg tab	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
gengraf (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)	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)
leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
METHOTREXATE SODIUM (250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium 2.5 mg tab	NIVEL 2	
mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 500 mg recon soln)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)	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

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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	NIVEL 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	NIVEL 3	
DENGVAXIA RECON SUSP	NIVEL 4	
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (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	
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

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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

MIORRELAJANTES

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

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS		
azelastine hcl 0.05 % solution	NIVEL 2	

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
cromolyn sodium 4 % solution	NIVEL 2	
OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	
erythromycin 5 mg/gm ointment	NIVEL 2	
gentamicin sulfate 0.3 % solution	NIVEL 2	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	NIVEL 3	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	NIVEL 2	
moxifloxacin hcl 0.5 % solution	NIVEL 3	
NATACYN 5 % SUSPENSION	NIVEL 3	
ofloxacin 0.3 % solution	NIVEL 2	
polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution	NIVEL 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	NIVEL 3	
sulfacetamide sodium 10 % solution	NIVEL 2	
tobramycin 0.3 % solution	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	
diclofenac sodium 0.1 % solution	NIVEL 2	
difluprednate 0.05 % emulsion	NIVEL 4	
fluorometholone 0.1 % suspension	NIVEL 2	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	NIVEL 2	
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	NIVEL 4	

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	NIVEL 3	QL (3 PER 30 DAYS)
ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)	NIVEL 2	
prednisolone acetate 1 % suspension	NIVEL 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	NIVEL 3	
OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS		
bimatoprost 0.03 % solution	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)
latanoprost 0.005 % solution	NIVEL 1	
travoprost (bak free) 0.004 % solution	NIVEL 2	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	NIVEL 4	
OFTÁLMICOS BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
betaxolol hcl 0.5 % solution	NIVEL 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	NIVEL 2	
timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)	NIVEL 3	
timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)	NIVEL 1	
OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS		
acetazolamide er 500 mg cap er 12h	NIVEL 2	
apraclonidine hcl 0.5 % solution	NIVEL 3	
brimonidine tartrate 0.1 % solution	NIVEL 3	
brimonidine tartrate 0.15 % solution	NIVEL 4	
brimonidine tartrate 0.2 % solution	NIVEL 2	
brinzolamide 1 % suspension	NIVEL 3	
dorzolamide hcl 2 % solution	NIVEL 2	

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 4	
pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)	NIVEL 2	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	NIVEL 3	
OFTÁLMICOS, OTROS		
atropine sulfate 1 % solution	NIVEL 3	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment	NIVEL 2	
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 2	
brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution	NIVEL 3	
dorzolamide hcl-timolol mal (2-0.5 % solution, 22.3-6.8 mg/ml solution)	NIVEL 2	
dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution	NIVEL 3	
loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension	NIVEL 3	
neo-polycin 3.5-400-10000 ointment	NIVEL 2	
neo-polycin hc 1 % ointment	NIVEL 2	
neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)	NIVEL 2	
neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	NIVEL 4	

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
polycin 500-10000 unit/gm ointment	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	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	NIVEL 2	
XDEMVY 0.25 % SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	NIVEL 3	

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIDIABÉTICOS		
acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	
dapagliflozin base-metformin er (10-1000 mg tab er 24h, 10-500 mg tab er 24h, 5-500 mg tab er 24h)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dapagliflozin base-metformin er 5-1000 mg tab er 24h	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	NIVEL 1	
glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 1	
glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	NIVEL 1	
glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	NIVEL 1	

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	NIVEL 1	
glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	NIVEL 1	
glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	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)
metformin hcl (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)	NIVEL 1	
metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)	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)
nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)	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)

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	NIVEL 1	
pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)	NIVEL 1	QL (30 PER 30 DAYS)
pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)	NIVEL 1	
repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 1	
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er (100-1000 mg tab er 24h, 50-500 mg tab er 24h)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er 50-1000 mg tab er 24h	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phos-metformin hcl (50-1000 mg tab, 50-500 mg tab)	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phosphate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	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)

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
diazoxide 50 mg/ml suspension	NIVEL 5	
glucagon emergency (1 mg recon soln, 1 mg/ml recon soln)	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	
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

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
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)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
dalfampridine er 10 mg tab er 12h	NIVEL 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
fingolimod hcl 0.5 mg cap	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr	NIVEL 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
glatopa 20 mg/ml soln prsyr	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatopa 40 mg/ml soln prsyr	NIVEL 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)	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
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
duloxetine hcl 20 mg cp dr part	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 30 mg cp dr part	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 40 mg cp dr part	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 60 mg cp dr part	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	NIVEL 3	QL (90 PER 30 DAYS)
pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
pregabalin 20 mg/ml solution	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)
bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
riluzole 50 mg tab	NIVEL 3	
tetrabenazine 12.5 mg tab	NIVEL 4	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
tetrabenazine 25 mg tab	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		
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)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine (10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab	NIVEL 2	QL (150 PER 30 DAYS)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 15 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 20 mg tab	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 30 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS NO ANFETAMÍNICOS CONTRA EL		
atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
atomoxetine hcl 40 mg cap	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
guanfacine hcl er (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg chew tab	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg tab	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 20 mg tab	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 5 mg tab	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er 10 mg tab er	NIVEL 3	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er 20 mg tab er	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 PADS 70 % PAD	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	
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	

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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	
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
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	
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	

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DROPLET PEN NEEDLES (29G X 10MM MISC, 29G X 12.7MM 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	
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 (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 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	

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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	
gauze pads 2	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	

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
lactated ringers solution	NIVEL 2	
methergine 0.2 mg tab	NIVEL 4	
methylergonovine maleate 0.2 mg tab	NIVEL 4	
novofine 32g x 6 mm misc	NIVEL 3	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (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	

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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	
ringers irrigation solution	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
sterile water for irrigation solution	NIVEL 2	
SUPER TOUCH INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 5/8" 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" 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" 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	
SUPER TOUCH PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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	
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 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	

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)
alyq 20 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 4	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
bosentan (125 mg tab, 62.5 mg tab)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
bosentan 32 mg tab sol	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
macitentan 10 mg tab	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
riociguat (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab)	NIVEL 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
sildenafil citrate 20 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
tadalafil (pah) 20 mg tab	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)
ANTIHISTAMÍNICOS		
azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)	NIVEL 2	QL (30 PER 25 DAYS)
cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)	NIVEL 2	
cyproheptadine hcl 4 mg tab	NIVEL 3	PA
hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	PA
hydroxyzine pamoate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	NIVEL 4	PA
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab	NIVEL 1	
promethazine hcl (12.5 mg/10ml solution, 6.25 mg/5ml solution)	NIVEL 2	PA

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR		
ARNUITY 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)
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)
budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)	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		
montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
montelukast sodium 10 mg tab	NIVEL 1	QL (30 PER 30 DAYS)
zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)	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)
ipratropium bromide 0.02 % solution	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ipratropium bromide 0.03 % solution	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ipratropium bromide 0.06 % solution	NIVEL 2	QL (45 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide hfa 17 mcg/act aero soln	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)
tiotropium bromide 18 mcg cap	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
BRONCODILATADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	NIVEL 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)	NIVEL 2	QL (36 PER 30 DAYS)
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)	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)	NIVEL 4	
albuterol sulfate (2 mg/5ml syrup, 8 mg/20ml syrup)	NIVEL 2	
albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln	NIVEL 2	QL (36 PER 30 DAYS)
epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)	NIVEL 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	NIVEL 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)	NIVEL 4	PA

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS		
cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA		
nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)	NIVEL 3	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
pirfenidone 801 mg tab	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)
tobramycin 300 mg/4ml nebu soln	NIVEL 4	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
tobramycin 300 mg/5ml nebu soln	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)

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS		
roflumilast 250 mcg tab	NIVEL 4	QL (28 PER 180 OVER TIME)
roflumilast 500 mcg tab	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
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)	NIVEL 3	
TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)	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)
breyna (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)	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)
budesonide-formoterol fumarate (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)	NIVEL 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 4	QL (4 PER 30 DAYS)
flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution	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)

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
fluticasone propionate 50 mcg/act suspension	NIVEL 2	QL (16 PER 30 DAYS)
fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)	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)
ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution	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)
wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)	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

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
betaine powder	NIVEL 5	
carglumic acid 200 mg tab sol	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
l-glutamine 5 gm packet	NIVEL 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
levocarnitine 330 mg tab	NIVEL 2	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	NIVEL 5	PA
REVCOVI 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA
sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)	NIVEL 5	PA
sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)	NIVEL 5	PA
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	

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		
eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ramelteon 8 mg tab	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
tasimelteon 20 mg cap	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
temazepam 15 mg cap	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
temazepam 30 mg cap	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
triazolam 0.125 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
triazolam 0.25 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
zaleplon 10 mg cap	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
zaleplon 5 mg cap	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate 10 mg tab	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate 5 mg tab	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
EUGEROICOS		
armodafinil (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
modafinil 100 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
modafinil 200 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
sodium oxybate 500 mg/ml solution	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		
acetic acid 2 % solution	NIVEL 2	
ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	NIVEL 4	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	

ÓTICOS

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

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.

A

abacavir sulfate . . . 92
abacavir sulfate-lamivudine . . . 92
ABELCET . . . 57
ABILIFY MAINTENA . . . 84
abiraterone acetate . . . 61
abirtega . . . 61
ABRYSVO . . . 141
acamprosate calcium . . . 37
acarbose . . . 148
accutane . . . 106
acebutolol hcl . . . 97
acetaminophen-codeine . . . 31
acetazolamide . . . 99
acetazolamide er . . . 146
acetic acid . . . 171
acetylcysteine . . . 168
acitretin . . . 106
ACTHIB . . . 141
ACTIMMUNE . . . 136
acyclovir . . . 89,107
acyclovir sodium . . . 89
ADACEL . . . 141
adefovir dipivoxil . . . 89
ADEMPAS . . . 163
ADVAIR HFA . . . 168
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE . . . 156
afirmelle . . . 125
AIMOVIG . . . 60
AKEEGA . . . 63
ala-cort . . . 107
albendazole . . . 80
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair) . . . 166
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair) . . . 166
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil) . . . 166
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin) . . . 166
albuterol sulfate . . . 166
albuterol sulfate hfa . . . 166
alclometasone dipropionate . . . 107
ALCOHOL 70% PADS . . . 156
ALCOHOL PADS . . . 156
ALCOHOL PREP . . . 156
ALCOHOL PREP PADS . . . 156
ALCOHOL SWABS . . . 156
ALCOHOL SWABSTICK . . . 156
alcohol wipes . . . 109
ALDURAZYME . . . 169
ALECENSA . . . 65
alendronate sodium . . . 114
alfuzosin hcl er . . . 119
aliskiren fumarate . . . 99
allopurinol . . . 58
alosetron hcl . . . 116
alprazolam . . . 35,36
altavera . . . 125
ALUNBRIG . . . 66
alyacen 1/35 . . . 125
alyacen 7/7/7 . . . 125
alyq . . . 163
amantadine hcl . . . 81
ambrisentan . . . 163
amikacin sulfate . . . 38
amiloride hcl . . . 104
amiloride-hydrochlorothiazide . . . 99
amiodarone hcl . . . 96
amitriptyline hcl . . . 54
amlodipine besy-benazepril hcl . . . 100
amlodipine besylate . . . 98
amlodipine besylate-valsartan . . . 100
amlodipine-atorvastatin . . . 100
amlodipine-olmesartan . . . 100
amlodipine-valsartan-hctz . . . 100
ammonium lactate . . . 107

amnesteem . . . 106
amoxapine . . . 54
amoxicillin . . . 41
amoxicillin trihydrate . . . 41
amoxicillin-pot clavulanate . . . 41
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE . . . 41
amoxicillin-pot clavulanate er . . . 41
amphetamine-dextroamphet er . . . 154
amphetamine-dextroamphetamine . . . 154,155
AMPHOTERICIN B . . . 57
amphotericin b liposome . . . 57
ampicillin . . . 41
ampicillin sodium . . . 41
ampicillin-sulbactam sodium . . . 42
anagrelide hcl . . . 121
anastrozole . . . 65
ANORO ELLIPTA . . . 168
apraclonidine hcl . . . 146
aprepitant . . . 56
apri . . . 125
APTIVUS . . . 90
AQ INSULIN SYRINGE . . . 156
AQINJECT PEN NEEDLE . . . 156
ARALAST NP . . . 169
ARANELLE . . . 125
ARANESP (ALBUMIN FREE) . . . 121
ARCALYST . . . 137
AREXVY . . . 141
ARGYLE STERILE WATER . . . 156
ARIKAYCE . . . 38
aripiprazole . . . 84
armodafinil . . . 171
ARNUITY ELLIPTA . . . 165
asenapine maleate . . . 84
ashlyna . . . 125
ASMANEX (120 METERED DOSES) . . . 165
ASMANEX (14 METERED DOSES) . . . 165
ASMANEX (30 METERED DOSES) . . . 165
ASMANEX (60 METERED DOSES) . . . 165
ASMANEX HFA . . . 165
aspirin-dipyridamole er . . . 122
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES . . . 156
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES . . . 156
atazanavir sulfate . . . 90
atenolol . . . 97
atenolol-chlorthalidone . . . 100
atomoxetine hcl . . . 155
atorvastatin calcium . . . 102
atovaquone . . . 80
atovaquone-proguanil hcl . . . 80
atropine sulfate . . . 147
aubra . . . 125
aubra eq . . . 125
AUGTYRO . . . 63
AUM ALCOHOL PREP PADS . . . 156
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE . . . 156
AUM PEN NEEDLE . . . 156
AURANOFIN . . . 137
aurovela 1.5/30 . . . 125
aurovela 1/20 . . . 125
aurovela fe 1.5/30 . . . 125
aurovela fe 1/20 . . . 125
AUSTEDO . . . 154
AUSTEDO XR . . . 154
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION . . . 154
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE . . . 156
AUVELITY . . . 51
AUVELITY TITRATION PACK . . . 51
aviane . . . 125
avidoxy . . . 44
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK . . . 65
ayuna . . . 125
AYVAKIT . . . 66
azathioprine . . . 139
AZATHIOPRINE SODIUM . . . 139
azelastine hcl . . . 144,164
azithromycin . . . 43
aztreonam . . . 38

azurette 125

B

bac (butalbital-acetamin-caff) 154
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 147
BACITRACIN 145
BACITRACIN-POLYMYXIN B 147
baclofen 56,57
balsalazide disodium 113
BALVERSA 66
balziva 125
BAQSIMI ONE PACK 151
BAQSIMI TWO PACK 151
BARACLUDE 89
BCG VACCINE 142
BD INSULIN SYRINGE 156
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC 156
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC 157
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC 157
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC 157
benazepril hcl 105
benazepril-hydrochlorothiazide 100
BENLYSTA 137
BENZNIDAZOLE 80
benzoyl peroxide-erythromycin 106
benztropine mesylate 81
BESIVANCE 43
BESREMI 136
BESREMI PEN 63
betaine 170
betamethasone dipropionate 108
betamethasone dipropionate aug 108
betamethasone valerate 108
BETASERON 152
betaxolol hcl 97,146
bethanechol chloride 119
bexarotene 79
BEXSERO 142
bicalutamide 61
BICILLIN L-A 42
BIKTARVY 90
BILDYOS 114
BILPREVDA 114
bimatoprost 146
bis subcit-metronid-tetracyc 117
bismuth/metronidaz/tetracyclin 117
bisoprolol fumarate 97
bisoprolol-hydrochlorothiazide 100
BIXLENVO 90
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK . . . 93
blisovi fe 1.5/30 125
blisovi fe 1/20 125
BOOSTRIX 142
bosentan 163
BOSULIF 66
bosutinib 66
BRAFTOVI 67
BREO ELLIPTA 168
breyna 168
BREZTRI AEROSPHERE 168
briellyn 125
brimonidine tartrate 146
brimonidine tartrate-timolol 147
brinzolamide 146
brivaracetam 45
bromocriptine mesylate 81
BRUKINSA 67
budesonide 114,165
budesonide er 114
budesonide-formoterol fumarate 168
bumetanide 104
buprenorphine 32
buprenorphine hcl 37
buprenorphine hcl-naloxone hcl 37

bupropion hcl 51
bupropion hcl er (smoking det) 36
bupropion hcl er (sr) 51
bupropion hcl er (xl) 52
buspirone hcl 35
butalbital-apap-caffeine 154
butalbital-aspirin-caffeine 33
butorphanol tartrate 31
BYSANTI 84
BYSANTI TITRATION PACK A 84
BYSANTI TITRATION PACK B 84
BYSANTI TITRATION PACK C 84

C

CABENUVA 93
cabergoline 123
CABOMETYX 67
calcipotriene 109
calcitonin (salmon) 114
calcitrene 109
calcitriol 114
CALCITRIOL 114
calcium acetate (phos binder) 111
CALQUENCE 67
camila 132
camrese 125
camrese lo 125
candesartan cilexetil 96
candesartan cilexetil-hctz 100
CAPLYTA 84
CAPRELSA 67
captopril 105
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE . 100
carbamazepine 47
carbamazepine er 47
carbidopa 82
carbidopa-levodopa 82
carbidopa-levodopa er 82
carbidopa-levodopa-entacapone 82
CARETOUCH ALCOHOL PREP 157
carglumic acid 170
carisoprodol 144
CARTEOLOL HCL 146
cartia xt 98
carvedilol 97
CAVHANZA 67
CAYSTON 38
CEFACLOR 40
cefadroxil 40
cefazolin sodium 40
cefdinir 40
cefepime hcl 40
cefixime 40
cefoxitin sodium 40
CEFPODOXIME PROXETIL 40
cefprozil 40
ceftaroline fosamil 40
CEFTAZIDIME 40
ceftriaxone sodium 41
cefuroxime axetil 41
cefuroxime sodium 41
celecoxib 33
cephalexin 41
cetirizine hcl 164
cevimeline hcl 94
chateal eq 126
chlorhexidine gluconate 95
chloroquine phosphate 80
chlorpromazine hcl 83
chlorthalidone 104
cholestyramine 103
cholestyramine light 103
ciclodan 107
ciclopirox 107
ciclopirox olamine 107
cilostazol 122
CILOXAN 43
CIMDUO 92

cimetidine . . . 115
cinacalcet hcl . . . 115
ciprofloxacin hcl . . . 43
ciprofloxacin in d5w . . . 43
ciprofloxacin-dexamethasone . . . 171
citalopram hydrobromide . . . 53
claravis . . . 106
CLARITHROMYCIN . . . 43
clarithromycin . . . 43
clarithromycin er . . . 43
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS . . . 157
clindamycin hcl . . . 38
clindamycin palmitate hcl . . . 38
clindamycin phos (once-daily) . . . 107
clindamycin phos (twice-daily) . . . 107
clindamycin phos-benzoyl perox . . . 106
clindamycin phosphate . . . 38,107
clindamycin phosphate in d5w . . . 38
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL . . . 38
clobazam . . . 48
clobetasol prop emollient base . . . 108
clobetasol propionate . . . 108
clomipramine hcl . . . 54
clonazepam . . . 36
clonidine . . . 95
clonidine hcl . . . 95
clopidogrel bisulfate . . . 122
clorazepate dipotassium . . . 36
clotrimazole . . . 57
clotrimazole-betamethasone . . . 109
clozapine . . . 83,84
COARTEM . . . 80
COBENFY . . . 82
COBENFY STARTER PACK . . . 82
CODEINE SULFATE . . . 31
codeine sulfate . . . 31
colchicine . . . 59
colchicine-probenecid . . . 59
colesevelam hcl . . . 103
colestipol hcl . . . 103
colistimethate sodium (cba) . . . 39
COMBIVENT RESPIMAT . . . 168
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) . . . 67
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) . . . 67
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) . . . 67
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE . . . 157
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES . . . 157
compro . . . 55
constulose . . . 116
COPIKTRA . . . 67
CORLANOR . . . 100
CORTIFOAM . . . 114
CORTISONE ACETATE . . . 133
CORTISPORIN-TC . . . 171
COSENTYX . . . 137
COSENTYX (300 MG DOSE) . . . 137
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) . . . 137
COSENTYX SENSOREADY PEN . . . 137
COSENTYX UNOREADY . . . 137
COTELLIC . . . 67
CREON . . . 170
CRESEMBA . . . 57
cromolyn sodium . . . 117,145,167
cryselle . . . 126
cryselle-28 . . . 126
CVS ALCOHOL PREP PADS . . . 157
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE . . . 157
cvs isopropyl alcohol wipes . . . 110
cyclobenzaprine hcl . . . 144
CYCLOPHOSPHAMIDE . . . 61
cyclosporine . . . 139
cyclosporine modified . . . 139
cyproheptadine hcl . . . 164
cyred . . . 126
cyred eq . . . 126

D

dabigatran etexilate mesylate . . . 119

dalfampridine er . . . 153
danazol . . . 124
dantrolene sodium . . . 57
dapaglifloz base-metformin er . . . 148
dapagliflozin . . . 105
dapsone . . . 60
DAPTACEL . . . 142
daptomycin . . . 39
darunavir . . . 90
dasatinib . . . 68
dasetta 1/35 . . . 126
dasetta 7/7/7 . . . 126
DAURISMO . . . 68
daysee . . . 126
deblitane . . . 132
deferasirox . . . 111
DELSTRIGO . . . 91
delyla . . . 126
DENGVAXIA . . . 142
DEPO-SUBQ PROVERA 104 . . . 132
depo-testosterone . . . 124
DERMOTIC . . . 172
DESCOVY . . . 92
desipramine hcl . . . 54
desmopressin ace spray refrig . . . 124
desmopressin acetate . . . 124
desmopressin acetate pf . . . 124
desmopressin acetate spray . . . 124
desogestrel-ethinyl estradiol . . . 126
desonide . . . 108
desoximetasone . . . 108
desvenlafaxine succinate er . . . 53
dexamethasone . . . 133
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID . . . 134
dexamethasone sod phosphate pf . . . 134
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE . . . 134,145
dexmethylphenidate hcl . . . 155
dextroamphetamine sulfate . . . 155
dextrose . . . 111
dextrose in lactated ringers . . . 111
DEXTROSE-NACL . . . 112
dextrose-sodium chloride . . . 112
DIACOMIT . . . 45
diazepam . . . 36,48
diazepam intensol . . . 36
diazoxide . . . 151
diclofenac potassium . . . 33
diclofenac sodium . . . 33,145
diclofenac sodium er . . . 34
dicloxacillin sodium . . . 42
dicyclomine hcl . . . 116
DIFICID . . . 43
diflunisal . . . 34
difluprednate . . . 145
digox . . . 96
digoxin . . . 96
dihydroergotamine mesylate . . . 59
DILANTIN . . . 47
dilt-xr . . . 98
diltiazem hcl . . . 98
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule . . . 98
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule . . . 98
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule . . . 98
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule . . . 99
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule . . . 99
diltiazem hcl er . . . 99
diltiazem hcl er beads . . . 99
dimethyl fumarate . . . 153
dimethyl fumarate starter pack . . . 153
diphenoxylate-atropine . . . 116
DIPHENOXYLATE-ATROPINE . . . 116
dipyridamole . . . 122

disulfiram 37
divalproex sodium 45
divalproex sodium er 45
dofetilide 96
donepezil hcl 50
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg 51
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg 51
dorzolamide hcl 146
dorzolamide hcl-timolol mal 147
dorzolamide hcl-timolol mal pf 147
dotti 126
DOVATO 90
doxazosin mesylate 97
doxepin hcl 54,55
doxercalciferol 115
doxy 100 44
doxycycline hyclate 44
doxycycline monohydrate 44
DRIZALMA SPRINKLE 153
dronabinol 56
DROPLET INSULIN SYRINGE 157
DROPLET MICRON 157
DROPLET PEN NEEDLES 158
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO 158
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE . . 158
drospirenone-ethinyl estradiol 126
DROXIA 170
droxidopa 95
duloxetine hcl 153
DUPIXENT 137
dutasteride 119
dutasteride-tamsulosin hcl 119

E

e.e.s. 400 43
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 158
EASY COMFORT PEN NEEDLES 158
EASY TOUCH INSULIN BARRELS 158
ec-naproxen 34
econazole nitrate 57
EDURANT PED 91
efavirenz 91
efavirenz-emtricitab-tenofo df 91
efavirenz-lamivudine-tenofovir 91
ELAPRASE 170
elinest 126
ELIQUIS 119,120
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 120
ELIQUIS (2 MG PACK) 120
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 120
eltrombopag olamine 121
eluryng 126
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 158
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 158
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 158
EMBECTA INSULIN SYRINGE 158
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 158
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 159
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F 159
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 159
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN . . . 159
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 159
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 159
EMBRACE PEN NEEDLES 159
EMGALITY 60
EMGALITY (300 MG DOSE) 60
EMSAM 52
emtricitab-rilpivir-tenofov df 91
emtricitabine 92
emtricitabine-tenofovir df 92
EMTRIVA 92
emzahh 132
enalapril maleate 105
enalapril-hydrochlorothiazide 100
ENBREL 139
ENBREL MINI 139

ENBREL SURECLICK . . . 139
endocet . . . 31
ENGERIX-B . . . 142
enilloring . . . 126
ENOBY . . . 115
enoxaparin sodium . . . 120
enpresse-28 . . . 126
ENSACOVE . . . 65
enskyce . . . 126
entacapone . . . 82
entecavir . . . 89
ENTYVIO PEN . . . 137
enulose . . . 116
ENVARSUS XR . . . 139,140
EPIDIOLEX . . . 45
epinephrine . . . 166
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK) . . . 166
epitol . . . 47
eplerenone . . . 104
ERGOLOID MESYLATES . . . 50
ERGOTAMINE-CAFFEINE . . . 59
ERIVEDGE . . . 68
ERLEADA . . . 62
erlotinib hcl . . . 68
errin . . . 132
ertapenem sodium . . . 42
ERY . . . 107
erythrocin lactobionate . . . 43
erythromycin . . . 107,145
erythromycin base . . . 43
erythromycin ethylsuccinate . . . 43
erythromycin lactobionate . . . 43
ERZOFRI . . . 84,85
escitalopram oxalate . . . 53
eslicarbazepine acetate . . . 47
esomeprazole magnesium . . . 117
estarylla . . . 126
estradiol . . . 126,127
estradiol valerate . . . 127
ESTRING . . . 127
estrogens conjugated . . . 127
eszopiclone . . . 171
ethambutol hcl . . . 60
ethosuximide . . . 50
ethynodiol diac-eth estradiol . . . 127
etodolac . . . 34
etodolac er . . . 34
etonogestrel-ethinyl estradiol . . . 127
etravirine . . . 91,92
EUCRISA . . . 108
EULEXIN . . . 62
euthyrox . . . 135
everolimus . . . 68,140
EVOTAZ . . . 90
exemestane . . . 65
EXXUA . . . 52
EXXUA TITRATION PACK . . . 52
ezetimibe . . . 103
ezetimibe-simvastatin . . . 103

F

falmina . . . 127
famciclovir . . . 89
famotidine . . . 116
FANAPT . . . 85
FANAPT TITRATION PACK A . . . 85
FANAPT TITRATION PACK B . . . 85
FANAPT TITRATION PACK C . . . 85
FARXIGA . . . 105
febuxostat . . . 59
feirza 1.5/30 . . . 127
feirza 1/20 . . . 127
felbamate . . . 45
felodipine er . . . 98
fenofibrate . . . 102
fenofibrate micronized . . . 102
fenofibric acid . . . 102

fentanyl . . . 33
FETZIMA . . . 53
FETZIMA TITRATION . . . 53
fidaxomicin . . . 43
FILSPARI . . . 119
finasteride . . . 119
fingolimod hcl . . . 153
FINTEPLA . . . 45
flecainide acetate . . . 96
fluconazole . . . 57
fluconazole in sodium chloride . . . 57
flucytosine . . . 57
fludrocortisone acetate . . . 134
flunisolide . . . 168
fluocinolone acetonide . . . 108
fluocinolone acetonide body . . . 108
fluocinolone acetonide scalp . . . 108
fluocinonide . . . 108
fluocinonide emulsified base . . . 108
fluorometholone . . . 145
fluorouracil . . . 110
fluoxetine hcl . . . 53
FLUOXETINE HCL . . . 53
fluphenazine decanoate . . . 83
fluphenazine hcl . . . 83
FLURBIPROFEN . . . 34
FLURBIPROFEN SODIUM . . . 145
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL . . . 168
fluticasone propionate . . . 109,169
fluticasone-salmeterol . . . 169
FLUTICASONE-SALMETEROL . . . 169
fluvastatin sodium . . . 102
fluvastatin sodium er . . . 103
fluvoxamine maleate . . . 53
FML FORTE . . . 145
fondaparinux sodium . . . 120
fosamprenavir calcium . . . 90
fosfomycin tromethamine . . . 39
fosinopril sodium . . . 105
fosinopril sodium-hctz . . . 101
FOTIVDA . . . 68
FRUZAQLA . . . 64
FULPHILA . . . 122
fulvestrant . . . 63
FUROSEMIDE . . . 104
furosemide . . . 104
fyavolv . . . 127

G

gabapentin . . . 48,49
galantamine hydrobromide . . . 51
galantamine hydrobromide er . . . 51
gallifrey . . . 132
GAMUNEX-C . . . 136
GARDASIL 9 . . . 142
gauze pads 2 . . . 159
GAVILYTE-C . . . 117
gavilyte-g . . . 117
gavilyte-n with flavor pack . . . 116
GAVRETO . . . 68
gefitinib . . . 69
gemfibrozil . . . 102
GEMTESA . . . 118
generlac . . . 116
gengraf . . . 140
gentamicin sulfate . . . 38,145
GENVOYA . . . 90
GILOTRIF . . . 69
glatiramer acetate . . . 153
glatopa . . . 153
glimepiride . . . 148
glipizide . . . 148
glipizide er . . . 148
glipizide xl . . . 148
glipizide-metformin hcl . . . 149
glucagon emergency . . . 151
glyburide . . . 149
GLYBURIDE MICRONIZED . . . 149

glyburide-metformin 149
glycopyrrolate 116
GLYXAMBI 149
GNP PEN NEEDLES 159
GOMEKLI 69
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 159
granisetron hcl 56
griseofulvin microsize 57
griseofulvin ultramicrosize 58
guanfacine hcl 95
guanfacine hcl er 155

H

HADLIMA 140
HADLIMA PUSHTOUCH 140
HAEGARDA 136
hailey 1.5/30 127
hailey fe 1.5/30 127
hailey fe 1/20 127
halobetasol propionate 109
haloette 127
haloperidol 83
haloperidol decanoate 83
haloperidol lactate 83
HAVRIX 142
heather 132
heparin sodium (porcine) 120
heparin sodium (porcine) pf 120
HEPLISAV-B 142
HERNEXEOS 69
HIBERIX 142
HIZENTRA 137
HUMALOG 151
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 151
HUMALOG KWIKPEN 151
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 151
HUMALOG MIX 75/25 151
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 151
HUMULIN 70/30 151
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 151
HUMULIN N 151
HUMULIN N KWIKPEN 151
HUMULIN R 151
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) . . . 151
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 152
hydralazine hcl 105
hydrochlorothiazide 104
hydrocodone-acetaminophen 31
hydrocortisone 109,114
hydrocortisone (perianal) 109
hydrocortisone butyrate 109
hydrocortisone-acetic acid 172
hydromorphone hcl 31
hydroxychloroquine sulfate 80
hydroxyurea 64
hydroxyzine hcl 164
hydroxyzine pamoate 164
HYRNUO 69

I

ibandronate sodium 115
IBRANCE 69
IBTROZI 69
ibu 34
ibuprofen 34
icatibant acetate 136
iclevia 127
ICLUSIG 69
icosapent ethyl 103
IDHIFA 69
IDVYNSO 93
ILEVRO 146
imatinib mesylate 69,70
IMBRUVICA 70
imipenem-cilastatin 42
imipramine hcl 55
imiquimod 110
IMKELDI 70

IMOVAX RABIES....142
IMPAVIDO....80
incassia....132
INCRELEX....124
INCRUSE ELLIPTA....165
indapamide....104
indomethacin....34
INFANRIX....142
INLURIYO....63
INLYTA....70
INQOVI....64
INREBIC....70
INSULIN LISPRO....152
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL)....152
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN....152
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO....152
INSULIN PEN NEEDLES....159
INSULIN PEN NEEDLES....159
INSULIN SYRINGE 0.3 ML....159
INSULIN SYRINGE 0.5 ML....159
INSULIN SYRINGE 1 ML....159
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100....160
INSUPEN PEN NEEDLES....160
INSUPEN32G EXTR3ME....160
INTELENCE....92
INTRALIPID....160
introvale....127
INVEGA HAFYERA....85
INVEGA SUSTENNA....85,86
INVEGA TRINZA....86
IPOL....142
ipratropium bromide....165,166
ipratropium bromide hfa....166
ipratropium-albuterol....169
irbesartan....96
irbesartan-hydrochlorothiazide....101
ISENTRESS....90
ISENTRESS HD....90
isibloom....127
isoniazid....60
isopropyl alcohol....110
isopropyl alcohol wipes....110
isosorbide dinitrate....105
isosorbide mononitrate....106
isosorbide mononitrate er....106
isotretinoin....106
isradipine....98
ITOVEBI....70
itraconazole....58
ivabradine hcl....101
ivermectin....80
IWILFIN....64
IXIARO....142

J

jaimiess....127
JAKAFI....70
JAKAFI XR....70
jantoven....120
JARDIANCE....105
jasmiel....128
JAYPIRCA....70,71
jencycla....132
JENTADUETO....149
JENTADUETO XR....149
JIDEYTRO....71
jinteli....128
jolessa....128
joyeaux....128
JUBBONTI....115
juleber....128
JULUCA....90
junel 1.5/30....128
junel 1/20....128
junel fe 1.5/30....128
junel fe 1/20....128
JYNNEOS....142

K

KALETRA . . . 91
kalliga . . . 128
KALYDECO . . . 167
kariva . . . 128
kcl in dextrose-nacl . . . 112
KCL-LACTATED RINGERS-D5W . . . 112
kelnor 1/35 . . . 128
kelnor 1/50 . . . 128
KERENDIA . . . 149
ketoconazole . . . 58
ketorolac tromethamine . . . 146
KINERET . . . 137
KINRIX . . . 142
kionex . . . 111
KISQALI (200 MG DOSE) . . . 71
KISQALI (400 MG DOSE) . . . 71
KISQALI (600 MG DOSE) . . . 71
klayesta . . . 58
klor-con . . . 112
klor-con 10 . . . 112
klor-con m10 . . . 112
klor-con m15 . . . 112
klor-con m20 . . . 112
KLOXXADO . . . 37
KOMZIFTI . . . 71
KOSELUGO . . . 71
kourzeq . . . 95
KRAZATI . . . 71
kurvelo . . . 128

L

l-glutamine . . . 170
labetalol hcl . . . 97
lacosamide . . . 47
lactated ringers . . . 112,160
lactulose . . . 116
lactulose encephalopathy . . . 116
LAGEVRIO . . . 94
lamivudine . . . 89,92
lamivudine-zidovudine . . . 92
lamotrigine . . . 45
lansoprazole . . . 117,118
LANTUS . . . 152
LANTUS SOLOSTAR . . . 152
lapatinib ditosylate . . . 71
larin 1.5/30 . . . 128
larin 1/20 . . . 128
larin fe 1.5/30 . . . 128
larin fe 1/20 . . . 128
latanoprost . . . 146
LAZCLUZE . . . 65
LEDERLE LEUCOVORIN . . . 64
leena . . . 128
leflunomide . . . 140
lenalidomide . . . 62
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) . . . 72
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) . . . 72
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) . . . 72
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) . . . 72
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) . . . 72
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) . . . 72
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) . . . 72
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) . . . 72
LEQEMBI IQLIK . . . 50
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) . . . 50
lessina . . . 128
letrozole . . . 65
leucovorin calcium . . . 64
LEUKERAN . . . 61
LEUKINE . . . 122
leuprolide acetate . . . 123
levalbuterol hcl . . . 166
LEVALBUTEROL TARTRATE . . . 167
levetiracetam . . . 45
levetiracetam er . . . 45
levo-t . . . 135

LEVOBUNOLOL HCL . . . 146
levocarnitine . . . 170
levocetirizine dihydrochloride . . . 164
levofloxacin . . . 43,44
LEVOFLOXACIN . . . 145
levofloxacin in d5w . . . 44
levonest . . . 128
levonorg-eth estrad triphasic . . . 128
levonorgest-eth estrad 91-day . . . 128
levonorgest-eth estradiol-iron . . . 128
levonorgestrel-ethinyl estrad . . . 129
levora 0.15/30 (28) . . . 129
levothyroxine sodium . . . 135
levoxyl . . . 135
lidocaine . . . 35
lidocaine hcl . . . 35
lidocaine viscous hcl . . . 35
lidocaine-prilocaine . . . 35
lidocan . . . 35
LIFYORLI (125 MG DOSE) . . . 72
LIFYORLI (150 MG DOSE) . . . 72
LILETTA (52 MG) . . . 132
lincomycin hcl . . . 39
linezolid . . . 39
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE . . . 39
LINZESS . . . 116
liothyronine sodium . . . 135
lisinopril . . . 105
lisinopril-hydrochlorothiazide . . . 101
lithium . . . 94
lithium carbonate . . . 94
lithium carbonate er . . . 94
LIVTENCITY . . . 88
lo-zumandimine . . . 129
loestrin 1.5/30 (21) . . . 129
loestrin 1/20 (21) . . . 129
loestrin fe 1.5/30 . . . 129
loestrin fe 1/20 . . . 129
lojaimiess . . . 129
LOKELMA . . . 111
lomustine . . . 61
LONSURF . . . 64
loperamide hcl . . . 116
lopinavir-ritonavir . . . 91
lorazepam . . . 36
lorazepam intensol . . . 36
LORBRENA . . . 72
loryna . . . 129
losartan potassium . . . 96
losartan potassium-hctz . . . 101
loteprednol-tobramycin . . . 147
lovastatin . . . 103
low-ogestrel . . . 129
loxapine succinate . . . 83
lubiprostone . . . 117
luizza 1.5/30 . . . 129
luizza 1/20 . . . 129
LUMAKRAS . . . 72,73
LUPRON DEPOT (1-MONTH) . . . 123
LUPRON DEPOT (3-MONTH) . . . 123
LUPRON DEPOT (4-MONTH) . . . 123
LUPRON DEPOT (6-MONTH) . . . 123
lurasidone hcl . . . 86
lutera . . . 129
LYBALVI . . . 52
lyleq . . . 133
lyllana . . . 129
LYNPARZA . . . 73
LYSODREN . . . 64
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) . . . 73
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) . . . 73
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) . . . 73
lyza . . . 133

M

M-M-R II . . . 142
macitentan . . . 164
magnesium sulfate . . . 112

malathion . . . 110
maraviroc . . . 93
marlissa . . . 129
MARPLAN . . . 52
MATULANE . . . 61
matzim la . . . 99
MAVYRET . . . 89
meclizine hcl . . . 55
medpura alcohol pads . . . 110
medroxyprogesterone acetate . . . 133
mefloquine hcl . . . 80
megestrol acetate . . . 133
MEKINIST . . . 73
MEKTOVI . . . 73
meleya . . . 133
meloxicam . . . 34
memantine hcl . . . 50
memantine hcl er . . . 50
MENEST . . . 129
MENQUADFI . . . 142
MENVEO . . . 142
mercaptopurine . . . 63
meropenem . . . 42
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE . . . 42
mesalamine . . . 113,114
mesalamine er . . . 114
mesna . . . 65
metformin hcl . . . 149
metformin hcl er . . . 149
methadone hcl . . . 33
methazolamide . . . 147
methenamine hippurate . . . 39
methergine . . . 160
methimazole . . . 136
methocarbamol . . . 144
METHOTREXATE SODIUM . . . 140
methotrexate sodium . . . 140
methotrexate sodium (pf) . . . 140
METHOXSALEN RAPID . . . 110
methscopolamine bromide . . . 116
methsuximide . . . 50
METHYLDOPA . . . 95
methylergonovine maleate . . . 160
methylphenidate hcl . . . 155
methylphenidate hcl er . . . 155
methylprednisolone . . . 134
methylprednisolone acetate . . . 134
methylprednisolone sodium succ . . . 134
metoclopramide hcl . . . 55
metolazone . . . 104
metoprolol succinate er . . . 97
metoprolol tartrate . . . 97
metoprolol-hydrochlorothiazide . . . 101
metronidazole . . . 39
metyrosine . . . 101
mexiletine hcl . . . 96
micafungin sodium . . . 58
MICONAZOLE 3 . . . 58
microgestin 1.5/30 . . . 129
microgestin 1/20 . . . 129
microgestin fe 1.5/30 . . . 129
microgestin fe 1/20 . . . 129
midodrine hcl . . . 95
mifepristone . . . 123
mili . . . 129
minocycline hcl . . . 44
minoxidil . . . 105
minzoya . . . 130
mirtazapine . . . 52
misoprostol . . . 118
modafinil . . . 171
MODEYSO . . . 64
moexipril hcl . . . 105
MOLINDONE HCL . . . 83
mometasone furoate . . . 109
mondoxyne nl . . . 44
mono-linyah . . . 130
montelukast sodium . . . 165

morphine sulfate . . . 32
morphine sulfate (concentrate) . . . 32
morphine sulfate er . . . 33
MOUNJARO . . . 149
MOVANTIK . . . 117
moxifloxacin hcl . . . 44,145
MOXIFLOXACIN HCL . . . 44
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) . . . 145
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL . . . 44
MRESVIA . . . 142
MULTAQ . . . 96
mupirocin . . . 107
mycophenolate mofetil . . . 140
mycophenolate mofetil hcl . . . 140
mycophenolate sodium . . . 140
mycophenolic acid . . . 140
MYRBETRIQ . . . 118

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf . . . 117
nabumetone . . . 34
nadolol . . . 97
nafcillin sodium . . . 42
NAGLAZYME . . . 170
naloxone hcl . . . 37
naltrexone hcl . . . 37
naproxen . . . 34
naproxen dr . . . 34
naproxen sodium . . . 34
naratriptan hcl . . . 59
NATACYN . . . 145
nateglinide . . . 149
NAYZILAM . . . 35
nebivolol hcl . . . 97
necon 0.5/35 (28) . . . 130
NEFAZODONE HCL . . . 53
neo-polycin . . . 147
neo-polycin hc . . . 147
neomycin sulfate . . . 38
neomycin-bacitracin zn-polymyx . . . 147
neomycin-polymyxin-dexameth . . . 147
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN . . . 147
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC . . . 147
neomycin-polymyxin-hc . . . 172
NERLYNX . . . 73
nevirapine . . . 92
NEVIRAPINE . . . 92
nevirapine er . . . 92
NEXPLANON . . . 133
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) . . . 103
niacin er (antihyperlipidemic) . . . 103
NIACOR . . . 103
nicardipine hcl . . . 98
NICOTROL NS . . . 37
nifedipine er . . . 98
nifedipine er osmotic release . . . 98
nikki . . . 130
nilotinib hcl . . . 73
nilutamide . . . 62
nimodipine . . . 98
NINLARO . . . 73
nintedanib esylate . . . 167
nitazoxanide . . . 80
nitisinone . . . 170
nitro-bid . . . 106
nitrofurantoin macrocrystal . . . 39
nitrofurantoin monohyd macro . . . 39
nitroglycerin . . . 106
NIVESTYM . . . 122
NIZATIDINE . . . 116
nora-be . . . 133
norelgestromin-eth estradiol . . . 130
norethin ace-eth estrad-fe . . . 130
norethin-eth estradiol-fe . . . 130
norethindrone . . . 133
norethindrone acet-ethinyl est . . . 130
norethindrone acetate . . . 133
norethindrone-eth estradiol . . . 130

norgestim-eth estrad triphasic 130
norgestimate-eth estradiol 130
norlyroc 133
nortrel 0.5/35 (28) 130
nortrel 1/35 (21) 130
nortrel 1/35 (28) 130
nortrel 7/7/7 130
nortriptyline hcl 55
NORVIR 91
NovoFine 32G X 6 MM MISC 160
NOVOLIN R FLEXPEN 152
NOVOLIN R FLEXPEN RELION 152
NUBEQA 62
NUCALA 169
NUPLAZID 86
NURTEC 60
NUTRILIPID 160
nyamyc 58
nylia 1/35 130
nylia 7/7/7 130
nystatin 58
nystatin-triamcinolone 110
nystop 58

O

ocella 130
octreotide acetate 123
OCTREOTIDE ACETATE 123
ODEFSEY 92
ODOMZO 74
OFEV 167
ofloxacin 145,172
OGSIVEO 74
OJEMDA 74
OJJAARA 64
olanzapine 86
olmesartan medoxomil 96
olmesartan medoxomil-hctz 101
olmesartan-amlodipine-hctz 101
omega-3-acid ethyl esters 103
omeprazole 118
OMNITROPE 117,124
ondansetron 56
ONDANSETRON HCL 56
ondansetron hcl 56
ONUREG 63
OPIPZA 86,87
OPVEE 160
oralone 95
ORGOVYX 123
orquidea 133
ORSERDU 62
oseltamivir phosphate 88,89
OSPHENA 132
OTEZLA 110,137
OTEZLA XR 110
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 137
oxaprozin 34
oxcarbazepine 47
oxybutynin chloride 118
oxybutynin chloride er 118
oxycodone hcl 32
oxycodone-acetaminophen 32
OZEMPIC 149
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 149
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 149
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 150

P

pacerone 96
paliperidone er 87
PANRETIN 79
pantoprazole sodium 118
paricalcitol 115
paroxetine hcl 53
PAROXETINE HCL 53
paroxetine hcl er 54
PAXLOVID (150/100) 94

PAXLOVID (300/100 & 150/100) 94
PAXLOVID (300/100) 94
pazopanib hcl 74
PAZOPANIB HCL 74
PEDIARIX 143
PEDVAXHIB 143
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 117
peg-3350/electrolytes 117
PEGASYS 136
PEMAZYRE 74
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 160
PEN NEEDLES 160
PENBRAYA 160
penicillamine 119
penicillin g potassium 42
PENICILLIN G SODIUM 42
penicillin v potassium 42
PENMENVY 143
PENTACEL 143
pentamidine isethionate 80
pentoxifylline er 101
perampanel 45,46
PERINDOPRIL ERBUMINE 105
periogard 95
permethrin 110
perphenazine 55
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 52
PERSERIS 87
pfizerpen 42
PHENELZINE SULFATE 52
phenobarbital 49
phenytek 47
phenytoin 47
phenytoin infatabs 47
phenytoin sodium extended 47
philith 130
PIFELTRO 92
pilocarpine hcl 95,147
pimozide 83
pimtrea 130
pindolol 97
pioglitazone hcl 150
pioglitazone hcl-glimepiride 150
pioglitazone hcl-metformin hcl 150
piperacillin sod-tazobactam so 42
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 74
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 74
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 74
pirfenidone 167
PIRFENIDONE 167
piroxicam 34
PNV 27-CA/FE/FA 112
podofilox 110
polycin 148
polymyxin b-trimethoprim 145
pomalidomide 62
POMALYST 62
portia-28 131
posaconazole 58
potassium chloride 112
potassium chloride crys er 112
potassium chloride er 112
potassium chloride in dextrose 113
potassium chloride in nacl 113
potassium citrate er 113
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 113
pramipexole dihydrochloride 81
prasugrel hcl 122
pravastatin sodium 103
praziquantel 80
prazosin hcl 97
prednisolone 134
prednisolone acetate 146
prednisolone sodium phosphate 134
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE . 146
prednisone 134
PREDNISONE 134
PREDNISONE INTENSOL 134

pregabalin 153,154
PREMARIN 131
PREMASOL 113
PREMIUM LIDOCAINE 35
prenatal vitamins 113
PRETOMANID 61
prevalite 104
PREVYMIS 88
PREZCOBIX 91
PREZCOBIX PED 91
PREZISTA 91
primaquine phosphate 81
primidone 49
PRIORIX 143
PRO COMFORT ALCOHOL 160
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 160
probenecid 59
prochlorperazine 55
prochlorperazine maleate 55
procto-med hc 109
proctosol hc 109
proctozone-hc 109
progesterone 133
PROGRAF 141
promethazine hcl 55,164
propafenone hcl 96
propranolol hcl 97
PROPRANOLOL HCL 98
propranolol hcl er 98
propylthiouracil 136
PROQUAD 143
protriptyline hcl 55
PULMOZYME 167
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE . 160
pyrazinamide 61
pyridostigmine bromide 60
pyridostigmine bromide er 60
pyrimethamine 81

Q

qc alcohol 110
QINLOCK 64
QUADRACEL 143
quetiapine fumarate 87
quetiapine fumarate er 87
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE . . . 161
quinapril hcl 105
quinapril-hydrochlorothiazide 101
QUINIDINE SULFATE 96
quinine sulfate 81
QVAR REDIHALER 165

R

ra isopropyl alcohol wipes 110
RABAVERT 143
rabeprazole sodium 118
RALDESY 54
raloxifene hcl 132
raltegravir potassium 90
ramelteon 171
ramipril 105
ranolazine er 101
rasagiline mesylate 82
reclipsen 131
RECOMBIVAX HB 143
RELENZA DISKHALER 89
repaglinide 150
REPATHA 104
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 104
REPATHA SURECLICK 104
RESTASIS 148
RETACRIT 122
RETEVMO 74,75
REVCOVI 170
REVUFORJ 75
REXULTI 87
REYATAZ 91

REZDIFFRA....135
REZLIDHIA....75
RHOPRESSA....147
RIBAVIRIN....89
ribavirin....89
RIDAURA....138
rifabutin....60
rifampin....61
rifapentine....61
rilpivirine hcl....92
riluzole....154
RIMANTADINE HCL....89
ringers....113
ringers irrigation....161
RINVOQ....138
RINVOQ LQ....138
riociguat....164
risedronate sodium....115
risperidone....87
risperidone microspheres er....87
ritonavir....91
rivaroxaban....121
rivastigmine....51
rivastigmine tartrate....51
rizatriptan benzoate....59
ROCKLATAN....148
roflumilast....168
ROMVIMZA....75
ropinirole hcl....81
ropinirole hcl er....81
rosuvastatin calcium....103
ROTARIX....143
ROTATEQ....143
roweepra....46
ROZLYTREK....75
RUBRACA....75
rufinamide....48
RUKOBIA....93
RYBELSUS....150
RYDAPT....75

S

sacubitril-valsartan....101
sajazir....136
SANTYL....110
sapropterin dihydrochloride....170
SCEMBLIX....75,76
scopolamine....56
SECUADO....87
SECURESAFE INSULIN SYRINGE....161
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES....161
selegiline hcl....82
selenium sulfide....109
SELZENTRY....93
SEREVENT DISKUS....167
sertraline hcl....54
setlakin....131
sevelamer carbonate....111
sharobel....133
SHINGRIX....143
SIGNIFOR....123
sildenafil citrate....164
SILIGENTLE FOAM DRESSING....161
silodosin....119
silver sulfadiazine....110
SIMBRINZA....147
SIMLANDI (1 PEN)....141
SIMLANDI (1 SYRINGE)....141
SIMLANDI (2 PEN)....141
SIMLANDI (2 SYRINGE)....141
simliya....131
simpesse....131
simvastatin....103
sirolimus....141
SIRTURO....61
sitaglip phos-metformin hcl er....150
sitagliptin phos-metformin hcl....150
sitagliptin phosphate....150

SKYRIZI . . . 138
SKYRIZI PEN . . . 138
SMOFLIPID . . . 161
sodium chloride . . . 113
sodium chloride (pf) . . . 113
SODIUM FLUORIDE . . . 113
sodium oxybate . . . 171
sodium phenylbutyrate . . . 170
sodium polystyrene sulfonate . . . 111
solifenacin succinate . . . 118
SOLTAMOX . . . 63
SOMAVERT . . . 123
sorafenib tosylate . . . 76
sotalol hcl . . . 97
sotalol hcl (af) . . . 97
SPIRIVA RESPIMAT . . . 166
spironolactone . . . 104
spironolactone-hctz . . . 101
sprintec 28 . . . 131
SPRITAM . . . 46
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) . . . 111
sronyx . . . 131
ssd . . . 110
sterile water for irrigation . . . 161
STIOLTO RESPIMAT . . . 169
STIVARGA . . . 76
STREPTOMYCIN SULFATE . . . 38
STRIBILD . . . 90
subvenite . . . 46
SUBVENITE . . . 46
sucralfate . . . 118
SULFACETAMIDE SODIUM . . . 145
sulfacetamide sodium . . . 145
sulfacetamide sodium (acne) . . . 107
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE . . . 148
sulfadiazine . . . 44
sulfamethoxazole-trimethoprim . . . 44
sulfasalazine . . . 114
sulfatrim pediatric . . . 44
sulindac . . . 35
sumatriptan . . . 59
sumatriptan succinate . . . 59
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL . . . 59
sunitinib malate . . . 76
SUNLENCA . . . 93,94
SUPER TOUCH INSULIN SYRINGE . . . 161
SUPER TOUCH PEN NEEDLES . . . 161
SURE COMFORT PEN NEEDLES . . . 161
syeda . . . 131
SYMPAZAN . . . 49
SYMTUZA . . . 91
SYNAREL . . . 123
SYNJARDY . . . 150
SYNJARDY XR . . . 150
SYNTHROID . . . 135

T

TABLOID . . . 63
TABRECTA . . . 76
tacrolimus . . . 109,141
tadalafil . . . 119
tadalafil (pah) . . . 164
TAFINLAR . . . 76
TAGRISSO . . . 76
TALZENNA . . . 76
tamoxifen citrate . . . 63
tamsulosin hcl . . . 119
tarina fe 1/20 . . . 131
tarina fe 1/20 eq . . . 131
TARPEYO . . . 134
tasimelteon . . . 171
tazarotene . . . 107
TAZICEF . . . 41
TAZVERIK . . . 76
TDVAX . . . 143
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES . . . 161
telmisartan . . . 96
telmisartan-amlodipine . . . 101

telmisartan-hctz . . . 102
temazepam . . . 171
TENIVAC . . . 143
tenofovir disoproxil fumarate . . . 92
TEPMETKO . . . 77
terazosin hcl . . . 97
terbinafine hcl . . . 58
terconazole . . . 58
teriflunomide . . . 153
teriparatide . . . 115
testosterone . . . 124
testosterone cypionate . . . 124
TESTOSTERONE ENANTHATE . . . 125
tetrabenazine . . . 154
tetracycline hcl . . . 44
THALOMID . . . 62,63
theophylline er . . . 168
thioridazine hcl . . . 83
thiothixene . . . 83
tiadylt er . . . 99
tiagabine hcl . . . 49
TIBSOVO . . . 77
ticagrelor . . . 122
TICOVAC . . . 143
tigecycline . . . 39
timolol maleate . . . 98,146
tinidazole . . . 39
tiotropium bromide . . . 166
TIVICAY . . . 90
TIVICAY PD . . . 90
tizanidine hcl . . . 57
TOBI PODHALER . . . 167
tobramycin . . . 145,167
tobramycin sulfate . . . 38
tobramycin-dexamethasone . . . 148
TOLAK . . . 110
tolterodine tartrate . . . 118
tolterodine tartrate er . . . 119
tolvaptan . . . 111
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE . . . 162
topiramate . . . 46
toremifene citrate . . . 63
torsemide . . . 104
TOUJEO MAX SOLOSTAR . . . 152
TOUJEO SOLOSTAR . . . 152
TPN ELECTROLYTES . . . 113
TRADJENTA . . . 150
tramadol hcl . . . 32
tramadol hcl er . . . 33
tramadol-acetaminophen . . . 32
trandolapril . . . 105
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER . . . 102
tranexamic acid . . . 122
tranylcypromine sulfate . . . 52
travoprost (bak free) . . . 146
trazodone hcl . . . 54
TRECATOR . . . 61
TRELEGY ELLIPTA . . . 169
TREMFYA . . . 138
TREMFYA ONE-PRESS . . . 138
TREMFYA PEN . . . 138
TREMFYA-CD/UC INDUCTION . . . 138
TRESIBA . . . 152
TRESIBA FLEXTOUCH . . . 152
tretinoin . . . 79,107
tri-estarylla . . . 131
tri-linyah . . . 131
tri-mili . . . 131
tri-sprintec . . . 131
tri-vylibra . . . 131
triamcinolone acetonide . . . 95,109
triamterene-hctz . . . 102
triazolam . . . 171
triderm . . . 109
trientine hcl . . . 111
TRIENTINE HCL . . . 111
trifluoperazine hcl . . . 83
TRIFLURIDINE . . . 145

trihexyphenidyl hcl 81
TRIKAFTA 167
trimethoprim 39
trimipramine maleate 55
TRINTELLIX 54
TRIUMEQ 93
TRIUMEQ PD 93
trivora (28) 131
trospium chloride 119
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 162
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 162
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 162
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE . . 162
TRULICITY 150
TRUMENBA 143
TRUQAP 77
TUKYSA 77
TURALIO 77
turqoz 131
TWINRIX 143
TYBOST 94
TYENNE 138
TYMLOS 115
TYPHIM VI 143

U

UDENYCA 122
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE . . . 162
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES 162
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 162
UNIFINE PENTIPS 162
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 162
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE . . 162
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 162
unithroid 135
UPTRAVI 164
ursodiol 117

V

valacyclovir hcl 90
VALCHLOR 110
valganciclovir hcl 88
valproate sodium 46
valproic acid 46
valsartan 96
valsartan-hydrochlorothiazide 102
VALTOCO 10 MG DOSE 49
VALTOCO 15 MG DOSE 49
VALTOCO 20 MG DOSE 49
VALTOCO 5 MG DOSE 49
valtya 1/35 131
VALTYA 1/50 131
vancomycin hcl 39
VANFLYTA 77
VAQTA 144
varenicline tartrate 37
varenicline tartrate (starter) 37
varenicline tartrate(continue) 37
VARIVAX 144
VAXCHORA 144
VELIVET 131
VELSIPITY 139
VENCLEXTA 77
VENCLEXTA STARTING PACK 77
venlafaxine hcl 54
venlafaxine hcl er 54
VEOZAH 154
VEPPANU 63
verapamil hcl 99
VERAPAMIL HCL ER 99
verapamil hcl er 99
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 163
VERIFINE INSULIN SYRINGE 163
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 163
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR 163
VERQUVO 102

VERSACLOZ 84
VERZENIO 77
vestura 131
vienva 131
vigabatrin 49
vigadrone 49
VIGAFYDE 49
vigpoder 50
vilazodone hcl 54
VIMKUNYA 144
viorele 132
VIRACEPT 91
VIREAD 93
VITRAKVI 77,78
VIVOTIF 144
VIZIMPRO 78
volnea 132
VONJO 65
VOQUEZNA DUAL PAK 117
VOQUEZNA TRIPLE PAK 117
VORANIGO 78
voriconazole 58
VOSEVI 89
VOWST 163
VRAYLAR 88
vyfemla 132
vylibra 132
VYZULTA 146

W

warfarin sodium 121
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 163
WEGOVY 102
WELIREG 64
WELTRUZA 88
wera 132
WINREVAIR 164
wixela inhub 169
wymzya fe 132
WYOST 115

X

XALKORI 78
XARELTO 121
XARELTO STARTER PACK 121
XATMEP 141
XCOPRI 46,48
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 48
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 48
XDEMVY 148
xelria fe 132
XERMELO 116
XIFAXAN 40
XIGDUO XR 150
XIIDRA 148
XOFLUZA (40 MG DOSE) 89
XOFLUZA (80 MG DOSE) 89
XOLAIR 139
XOSPATA 78
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 78
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 78
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 78
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 79
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 79
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 79
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 79
XTANDI 62
XTRENBO 115
xulane 132

Y

YESINTEK 139
YF-VAX 144
yuvafem 132

Z

zafemy 132
zafirlukast 165

zaleplon 171
ZARXIO 122
ZEJULA 79
ZELBORAF 79
zenatane 107
ZENBEXUS 65
ZENPEP 170
zidovudine 93
ziprasidone hcl 88
ziprasidone mesylate 88
ZIRGAN 145
zoledronic acid 115
ZOLINZA 65
zolpidem tartrate 171
ZONISADE 48
zonisamide 48
zovia 1/35 (28) 132
ZTALMY 50
zumandimine 132
ZURZUVAE 52
ZYDELIG 79
ZYKADIA 79
ZYMFENTRA (1 PEN) 141
ZYMFENTRA (2 PEN) 141
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) 141
ZYPREXA RELPREVV 88

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 31
ANESTÉSICOS 35
ANSIOLÍTICOS 35
ANTIADICTIVOS/TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS, MEDICAMENTOS PARA EL 36
ANTIBACTERIANOS 38
ANTICONVULSIVOS 45
ANTIDEMENCIALES 50
ANTIDEPRESIVOS 51
ANTIEMÉTICOS 55
ANTIESPÁSTICOS 56
ANTIFÚNGICOS 57
ANTIGOTOSOS 58
ANTIJAQUECOSOS 59
ANTIMIASTÉNICOS 60
ANTIMICOBACTERIANOS 60
ANTINEOPLÁSICOS 61
ANTIPARASITARIOS 80
ANTIPARKINSONIANOS 81
ANTIPSICÓTICOS 82
ANTIVÍRICOS 88
BIPOLARES 94
BUCODENTALES 94
CARDIOVASCULARES 95
DERMATOLÓGICOS 106
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS 111
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA 113
ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA 114
GASTROINTESTINALES 115
GENITOURINARIOS 118
HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES 119
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY) 123
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS) 124
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES) 124
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES) 133

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS) 135
HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS) 136
INMUNOLÓGICOS 136
MIORRELAJANTES 144
OFTÁLMICOS 144
REGULADORES DE LA GLUCEMIA 148
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL 152
TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS 156
TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL 163
TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO 169
TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS 171
ÓTICOS 171

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 أ ضا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل 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.

ແທກໄລພາສາລາວ (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 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 ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។

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

مطلب به زبان فارسی ((Persian (Farsi)

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

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.

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.

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 onilas 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 10/23/2026 .

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.