



Blue Shield Inspire (HMO)

Formulario de 2025

(Lista de medicamentos cubiertos o
"Lista de medicamentos")

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

N.º de identificación del formulario 25355

Este formulario se actualizó el 03/19/2025. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Inspire llamando al (800) 776-4466 o, para usuarios del sistema TTY, al 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar blueshieldca.com/medformulary2025.

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

A53840MADD-I-SP_1024 (03/25)

Y0118_24_446A1_SP_C 08222024

H2819_24_446A1_SP_C Accepted 08312024

03/19/2025

Aviso para los miembros actuales: Este formulario no es igual al del año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía incluye los medicamentos que usted toma.

Cuando en esta lista de medicamentos (formulario) se usan los términos "nosotros", "nos" o "nuestro(s)", se hace referencia a Blue Shield of California. Cuando se usan los términos "plan" o "nuestro plan", se hace referencia a Blue Shield Inspire.

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que es válida a partir del 03/19/2025. Si necesita una lista de medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización de la lista de medicamentos (formulario), están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

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

¿Qué es el formulario de Blue Shield Inspire?

En este documento, usamos los términos lista de medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados entre nuestro plan y un equipo de proveedores de atención de la salud. Esta lista representa las terapias de medicamentos recetados, que son una parte necesaria de los programas de tratamiento de calidad. Por lo general, nuestro plan cubre los medicamentos que están en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, se obtenga en una farmacia de la red del plan y se respeten otras reglas del plan. Si necesita más información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, lea su Evidencia de Cobertura.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se hacen el 1 de enero, pero nuestro plan puede agregar o quitar medicamentos del formulario durante el año, además de moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar restricciones nuevas. Debemos respetar las reglas de Medicare cuando se hacen estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican todos los meses en nuestro sitio web aquí: blueshieldca.com/medformulary2025.

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

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Es posible que quitemos de inmediato un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos por una versión nueva del medicamento que esté en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y que tenga las mismas restricciones o menos. Al agregar una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero que lo movamos de inmediato a un nivel de costo compartido diferente o que agreguemos restricciones nuevas.

Podemos hacer estos cambios de inmediato solo si agregamos una versión genérica nueva de un medicamento de marca, o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original, que ya estaban en el formulario (por ejemplo, si agregamos un

biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin que sea necesaria una nueva receta).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le avisemos antes de hacer un cambio inmediato para el producto en cuestión, pero después le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.

Si hacemos un cambio así, usted o el profesional que le hace las recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento que cambió. Para obtener más información, consulte la sección a continuación llamada "¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield Inspire?".

Es posible que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación llamada "¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?".

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) determina que se debe retirar por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y, luego, notificar a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los miembros que están tomando medicamentos. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del formulario, cuando agregamos un equivalente genérico, o podemos eliminar un producto biológico original, cuando agregamos un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, o moverlos a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas. Además, es posible que hagamos cambios según las pautas clínicas nuevas. Si quitamos medicamentos de nuestro formulario, si le agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado a algún medicamento o si movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos avisarles a los miembros afectados al menos 30 días antes de la fecha de comienzo del cambio. Como alternativa, cuando un miembro pide una repetición del medicamento, es posible que reciba un suministro para 30 días y un aviso del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o el profesional que le hace las recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento que estaba tomando. Cuando le enviemos el aviso, también incluiremos información sobre cómo pedir una excepción. Además, puede encontrar ayuda más adelante en la sección llamada "¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield Inspire?".

Cambios que no lo afectarán si está tomando un medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2025 que tenía cobertura a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2025, excepto lo descrito anteriormente. Por lo tanto, estos medicamentos seguirán estando disponibles para los miembros que los toman, con el mismo costo compartido y sin restricciones nuevas durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá ningún aviso directo sobre cambios que no le afecten.

Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, estos cambios le afectarían y es importante consultar el formulario del nuevo año de beneficios para conocer cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto es válido a partir del 03/19/2025 . Comuníquese con nosotros para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Nuestra información de contacto aparece en la parte de adelante y de atrás de este documento. Si hacemos algún otro cambio negativo en el formulario durante el año, los cambios se publicarán en nuestro sitio web, en blueshieldca.com/medformulary2025.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos maneras de buscar su medicamento en el formulario:

Por tipo de problema de salud

El formulario empieza en la página 1. Los medicamentos de este formulario están agrupados en diferentes categorías según el tipo de problema de salud que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar enfermedades del corazón se incluyen en la categoría llamada "Cardiovasculares". Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página número 1. Después, busque el medicamento en esa categoría.

Por orden alfabético

Si no está seguro en qué categoría buscar su medicamento, revise el índice que empieza en la página 97 . En el índice, encontrará una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento, tanto los de marca como los genéricos. Revise el índice y busque su medicamento. Al lado del nombre del medicamento, verá el número de la página donde se puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que indica el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre medicamentos de marca y genéricos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la FDA porque tienen el mismo principio activo que los medicamentos de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

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

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. Debido a que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas 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 un análisis sobre el tipo de medicamentos, consulte la sección 3.1 “La ‘Lista de medicamentos’ indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos” del Capítulo 5 de la Evidencia de Cobertura.

¿Hay restricciones en mi cobertura?

Es posible que haya ciertos límites o requisitos adicionales en la cobertura de algunos medicamentos cubiertos. Estos requisitos o límites pueden incluir lo siguiente:

- **Autorización previa:** Nuestro plan exige que usted o el profesional que le hace las recetas obtengan una autorización previa para algunos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener una aprobación de nuestro plan antes de recibir sus medicamentos recetados. Si no obtiene la aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para algunos medicamentos, nuestro plan pone un límite en la cantidad de medicamento que nuestro plan cubrirá. Por ejemplo, en el caso del *sumatriptán* (la versión genérica de IMITREX), nuestro plan brinda 18 comprimidos cada 30 días, además de un suministro estándar de un mes o de tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, nuestro plan exige que primero intente tratar su problema de salud con ciertos medicamentos antes de que cubramos otro medicamento para tratar el problema. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para tratar su problema de salud, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento B, a menos que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá entonces el medicamento B.

Puede ver si hay más límites o requisitos para su medicamento en el formulario que empieza en la página 1. Para obtener más información sobre las restricciones que se aplican a ciertos medicamentos cubiertos, también puede visitar nuestro sitio web. Hemos publicado en Internet documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. Además, puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción con respecto a estos límites o restricciones, o bien puede pedirle una lista de otros medicamentos similares que se puedan usar para tratar su problema de salud. Consulte la sección “¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario del plan?” en la página vi para obtener información sobre cómo pedir una excepción.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero deberá comunicarse con Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento tiene cobertura.

Si le informan que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

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

- Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y que cubra su medicamento. Lea lo que sigue para obtener información sobre cómo pedir una excepción.

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

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

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no esté en nuestro formulario. Si se aprueba, ese medicamento será cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede pedirnos que renunciemos a una restricción de cobertura, que incluye una autorización previa, un tratamiento escalonado o un límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, para algunos medicamentos, nuestro plan pone un límite en la cantidad de medicamento que cubriremos. Si hay un límite de cantidad para su medicamento, puede pedirnos que no pongamos ese límite y que cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que ese medicamento corresponda al nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría lo que tiene que pagar por su medicamento.

En términos generales, nuestro plan aprobará su pedido de excepción solamente si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o la aplicación de restricciones no son tan eficaces para usted y/o le provocarían efectos adversos.

Usted o el profesional que le hace las recetas deben comunicarse con nosotros para pedirnos una excepción de nivel o del formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando pida una excepción, el profesional que le hace las recetas deberá explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo del profesional que le hace las recetas. Puede pedir una decisión urgente (rápida) si usted piensa que esperar hasta 72 horas para que se tome una decisión podría ser muy peligroso para su salud y nosotros estamos de acuerdo con su criterio. En ese caso, o si el profesional que le hace las recetas pide una decisión rápida, debemos comunicarle una decisión a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de respaldo del profesional que le hace las recetas.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene alguna restricción?

Como miembro actual o nuevo de nuestro plan, es posible que tome medicamentos que no estén en nuestro formulario. O bien, es posible que tome un medicamento que sí esté en nuestro formulario, pero tenga una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con el profesional que le hace las recetas sobre cómo pedir una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar su medicamento por otro que cubramos o pedir una excepción del formulario para que cubramos el medicamento que toma.

Mientras usted y su médico deciden qué es lo mejor para usted, es posible que cubramos su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.

Cubriremos un suministro temporal de 30 días si sus medicamentos no están en nuestro formulario o si hay una restricción de cobertura. Si su receta indica menos días, le dejaremos pedir repeticiones hasta alcanzar un suministro de 30 días de medicación como máximo. Si su cobertura no está aprobada, dejaremos de pagar esos medicamentos después de su primer suministro de 30 días, aunque aún no hayan pasado los primeros 90 días de su membresía en el plan.

Si usted está en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o su capacidad para obtener medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras pide una excepción del formulario.

Nuestra política de transición se aplica a miembros con problemas de salud estabilizados con lo siguiente:

- Medicamentos de la Parte D que no están en el formulario del plan.
- Medicamentos de la Parte D anteriormente cubiertos por excepción una vez que termina la excepción.
- Medicamentos de la Parte D que están en el formulario de plan y que tienen requisitos de autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad.
- Medicamentos de la Parte D como los anteriores que no se pueden distinguir entre medicamentos recetados nuevos o existentes en el punto de servicio.

Y son miembros que están en alguna de estas situaciones:

- Son miembros nuevos después del período coordinado de elección anual.
- Son miembros elegibles por primera vez y que vienen de otra cobertura al empezar el año del contrato.
- Son personas que cambian de un plan de Blue Shield a otro después de empezar el año del contrato.
- Son miembros que están en centros LTC.
- En algunos casos, son miembros actuales afectados por los cambios en el formulario de un año del plan al siguiente.

Los miembros que sigan con la cobertura en un nuevo año del plan y tengan cambios negativos en el formulario tendrán cobertura continuada de medicamentos seleccionados en el nuevo año del plan, según lo dispuesto por nuestro plan y de acuerdo con la guía de Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) sobre los medicamentos de la Parte D. A los miembros del plan que tomen medicamentos que no se seleccionaron para tener cobertura continuada automática se les brindará un proceso de transición que se ajuste a los requisitos de los nuevos miembros que empiezan un nuevo año del plan. La política de transición se extenderá de un año del plan a otro si un miembro necesita un suministro de transición y se inscribe en un plan que empiece el 1 de noviembre o el 1 de diciembre.

Durante la etapa de transición, los miembros pueden hablar con los profesionales que les hacen las recetas para decidir si deberían cambiar su medicamento por otro que cubramos o pedir una excepción del formulario para obtener la cobertura de ese medicamento, en caso de que no esté en nuestro formulario o tenga restricciones, como requisitos de tratamiento escalonado o de autorización previa. Los miembros pueden comunicarse con el equipo de Servicio al Cliente de nuestro plan si quieren recibir ayuda para iniciar un pedido de autorización previa o de excepción. Los formularios para pedir una autorización previa o una excepción están disponibles en nuestro sitio web. También se envían por correo postal, correo electrónico o fax a pedido de los miembros y los profesionales que hacen las recetas.

De acuerdo con nuestra política de transición y junto con las farmacias de la red, para evitar interrupciones en un tratamiento continuo, se brindará un suministro temporal de medicamentos de la Parte D que no estén en el formulario, o de medicamentos que estén en el formulario pero tengan restricciones de cobertura. Este suministro temporal también brinda suficiente tiempo para que los miembros y los profesionales que les hacen las recetas puedan cambiar el medicamento por otro de igual acción terapéutica que esté en el formulario o puedan completar un pedido de excepción del formulario por necesidad médica. Los pedidos de autorización previa para medicamentos del formulario se evalúan teniendo en cuenta los criterios de cobertura aprobados por CMS, y los pedidos de excepción del formulario se evalúan según la necesidad médica. El proceso de evaluación está a cargo de médicos, farmacéuticos y/o técnicos de farmacia de Blue Shield. Si se rechaza un pedido de excepción del formulario, le enviaremos al profesional que hace las recetas una lista de alternativas terapéuticas adecuadas. Además, usted recibirá una carta con instrucciones sobre cómo apelar la decisión.

El suministro de transición es un suministro temporal de 30 días del medicamento que no está en el formulario (si la receta es por menos días, cubriremos varias repeticiones hasta alcanzar un total de 30 días de medicamento). El suministro de transición se brinda por única vez y se puede obtener en una farmacia de venta al por menor durante los primeros 90 días de la membresía nueva, que empieza en la fecha de comienzo de su cobertura de nuestro plan. Con un suministro total de 30 días como máximo, se pueden repetir las recetas de transición que se hayan brindado en menor cantidad que la indicada, debido a un cambio en el límite de cantidad del plan por motivos de seguridad o a cambios en el uso del medicamento según las indicaciones de la etiqueta aprobada del producto. Si un cambio negativo en el formulario lo afecta de un año al siguiente, le brindaremos un suministro temporal de hasta 30 días del medicamento que no está en el formulario, en caso de que necesite una repetición del medicamento durante los primeros 90 días del nuevo año del plan.

Las farmacias LTC y de venta al por menor tienen la capacidad de autorizar, en el punto de venta, la cobertura de un suministro de transición de un medicamento que no esté en el formulario, que requiera autorización previa o que tenga requisitos de tratamiento escalonado, a menos que el medicamento esté sujeto a una revisión para determinar si corresponde a la Parte B o a la Parte D, o se hayan puesto límites para impedir la cobertura de medicamentos que no sean de la Parte D o para fomentar el uso seguro de un medicamento de la Parte D. Cubriremos un suministro de 30 días (si la receta es por menos días, cubriremos varias repeticiones hasta alcanzar un total de 30 días de medicamento). En el caso de los miembros elegibles para recibir un subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés), el costo compartido por un suministro temporal de medicamentos brindados en el proceso de transición no superará las cantidades de copago máximo que establece la ley para los miembros elegibles para el LIS. En el caso de los demás miembros (los que no tengan acceso al LIS), para los medicamentos de la Parte D que no estén en el formulario y se brinden durante el período de transición, aplicaremos el mismo costo compartido que correspondería para los

medicamentos no incluidos en el formulario que se aprueben mediante una excepción del formulario; y para los medicamentos del formulario sujetos a cambios en la administración del uso que se brinden durante el período de transición, aplicaremos el mismo costo compartido que correspondería una vez cumplidos los criterios de administración del uso. Después de completar el proceso de excepciones y determinar que las dosis de los medicamentos de la Parte D recetadas originalmente son médicamente necesarias, los miembros no deberán pagar ningún costo compartido adicional por repetir varias veces una receta que indica cantidades menores de medicamentos de la Parte D basadas en límites de cantidad por motivos de seguridad.

Por lo general, después de cubrir el suministro temporal de 30 días, no pagaremos nuevamente estos medicamentos como parte de nuestra política de transición. Después de cubrir el suministro temporal, le enviaremos un aviso por escrito en un plazo de 3 días hábiles después de la fecha en que se haya obtenido el suministro de transición. Este aviso incluirá una explicación sobre la naturaleza temporal del suministro de transición recibido, instrucciones para colaborar con nosotros y el profesional que hace las recetas en la identificación de alternativas terapéuticas adecuadas que estén incluidas en nuestro formulario, una explicación de su derecho a pedir una excepción del formulario y una descripción de los procedimientos para pedir una excepción del formulario. Si se ha brindado un suministro de transición una vez y usted está actualmente en el proceso de recibir una determinación de cobertura, es posible que el suministro de transición inicial de 30 días se extienda por 30 días más, salvo que tenga una receta que indique menos de 30 días. Siempre y cuando su pedido de excepción o su apelación no se hayan procesado al terminar el período de transición mínimo, la extensión del período de transición se determina según el caso y dura hasta el momento en que se hace la transición (si cambia su medicamento por otro medicamento adecuado del formulario o si se toma una decisión sobre un pedido de excepción).

Si usted está en un centro de atención a largo plazo (como un asilo de ancianos), cubriremos los suministros de los medicamentos de la Parte D en incrementos de 14 días o menos para un suministro temporal de 31 días de transición, a menos que la receta sea por menos días, durante los primeros 90 días de inscripción en nuestro plan, que empieza en la fecha de comienzo de su cobertura.

Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a los "medicamentos de la Parte D" que se compran en una farmacia de la red. La política de transición no se puede usar para comprar un medicamento que no sea de la Parte D o un medicamento fuera de la red, a menos que usted califique para tener acceso fuera de la red.

Cómo obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de su plan, lea su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar <http://www.medicare.gov>.

Formulario del plan

El siguiente formulario brinda información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene algún problema para encontrar su medicamento en la lista, revise el índice que empieza en la página 97 .

En la primera columna del cuadro se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen con letras mayúsculas (por ejemplo, ELIQUIS), y los medicamentos genéricos aparecen con letras minúsculas y en cursiva (por ejemplo, *amoxicilina*).

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

Copagos/coseguro en la Etapa de Cobertura Inicial para miembros de Blue Shield Inspire en los condados de Los Ángeles y Orange:

| | | COSTO COMPARTIDO Condados de Los Ángeles y Orange |
|---|--|--|
| NIVEL | SUMINISTRO | |
| 1: Medicamentos genéricos preferidos | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días) | \$0 de copago |
| | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días) | \$0 de copago |
| | Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días) | \$5 de copago |
| | Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días) | \$5 de copago |
| 2: Medicamentos genéricos | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días) | \$3 de copago |
| | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días) | \$4.50 de copago |
| | Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días) | \$10 de copago |
| | Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días) | \$30 de copago |
| 3: Medicamentos de marca preferidos | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días) | \$35 de copago |
| | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días) | \$87.50 de copago |
| | Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días) | \$47 de copago |
| | Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días) | \$141 de copago |

| COSTO COMPARTIDO Condados de Los Ángeles y Orange | | |
|---|--|--------------------|
| NIVEL | SUMINISTRO | |
| 3: Insulinas cubiertas | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días) | \$35 de copago |
| | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días) | \$87.50 de copago |
| | Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días) | \$35 de copago |
| | Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días) | \$105 de copago |
| 4: Medicamentos no preferidos | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días) | \$95 de copago |
| | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días) | \$237.50 de copago |
| | Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días) | \$100 de copago |
| | Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días) | \$300 de copago |
| 4: Insulinas cubiertas | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días) | \$35 de copago |
| | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días) | \$87.50 de copago |
| | Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días) | \$35 de copago |
| | Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días) | \$105 de copago |

| COSTO COMPARTIDO Condados de Los Ángeles y Orange | | |
|---|---|---|
| NIVEL | SUMINISTRO | |
| 5: Medicamentos de nivel especializado | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red), costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de 30 días) | 33 % de coseguro |
| | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red), costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días) | No hay suministro a largo plazo disponible para medicamentos del Nivel 5. |

- El costo compartido de los medicamentos que se obtienen en farmacias fuera de la red (suministro de 30 días) es igual al costo compartido estándar al por menor dentro de la red (suministro de 30 días).
- El costo compartido de los medicamentos del Nivel 1 al 5 que se obtienen en farmacias de atención a largo plazo de la red (suministro de 31 días) es igual al costo compartido estándar al por menor dentro de la red (suministro de 30 días).

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 | Limited Access (Acceso Limitado) | Es posible que esta receta solo esté disponible en algunas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicio al Cliente. |
| PA | Prior Authorization (Autorización Previa) | La cobertura de esta receta requiere autorización previa de Blue Shield. Llame a Blue Shield para proporcionar 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. Estos medicamentos se identifican con la nota "PA – Part B vs. D Determination" (PA – Determinación Parte B o D). |
| QL | Quantity Limit (Límite de Cantidad) | Este medicamento tiene un límite de dosis o de cantidad de suministro. 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 | Step Therapy (Tratamiento Escalonado) | 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). |
| NDS | Non-Extended Day Supply (Suministro de Días No Extendido) | Los medicamentos NO están disponibles para suministro a largo plazo. |

| SÍMBOLO | NOMBRE | DESCRIPCIÓN |
|---------|--|--|
| EDC | Enhanced Drug Coverage (Cobertura de Medicamentos Mejorada) | Por lo general, este medicamento recetado no está cubierto por un plan de medicamentos recetados de Medicare; sin embargo, Blue Shield cubre este medicamento como beneficio complementario. La cantidad que paga cuando surte una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que paga no lo ayuda a calificar para la cobertura contra catástrofes). Además, si recibe ayuda adicional de Medicare o del Seguro Social para pagar sus medicamentos recetados, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento. |
| INS | Covered Insulin (Insulina Cubierta) | No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre. |
| VAC | \$0 Vaccine (Vacunación Sin Costo) | Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información. |

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

ANALGÉSICOS

ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA

| | | |
|--|---------|---------------------------------|
| <i>acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)</i> | NIVEL 2 | QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i> | NIVEL 2 | QL (12 PER 1 DAYS), NDS |
| <i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (6 PER 1 DAYS), NDS |
| <i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i> | NIVEL 3 | QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS |
| CODEINE SULFATE 15 MG TAB | NIVEL 4 | QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>codeine sulfate 30 mg tab</i> | NIVEL 4 | QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS |
| CODEINE SULFATE 60 MG TAB | NIVEL 4 | QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i> | NIVEL 3 | QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>endocet 10-325 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>endocet 7.5-325 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)</i> | NIVEL 4 | QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i> | NIVEL 2 | QL (8 PER 1 DAYS), NDS |
| <i>hydrocodone-acetaminophen (7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)</i> | NIVEL 2 | QL (6 PER 1 DAYS), NDS |
| <i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)</i> | NIVEL 3 | QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>morphine sulfate (concentrate) ((concentrate) 20 mg/ml solution, (concentrate) 100 mg/5ml solution)</i> | NIVEL 3 | QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>morphine sulfate 10 mg/5ml solution</i> | NIVEL 3 | QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>morphine sulfate 20 mg/5ml solution</i> | NIVEL 3 | QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i> | NIVEL 3 | QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone hcl 10 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone hcl 100 mg/5ml conc</i> | NIVEL 4 | QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone hcl 20 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone hcl 5 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---------------------------------|
| <i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i> | NIVEL 3 | QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i> | NIVEL 3 | QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS |
| OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG/5ML SOLUTION | NIVEL 3 | QL (1000 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>tramadol hcl 50 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (8 PER 1 DAYS), NDS |
| <i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS |

ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA

| | | |
|---|---------|------------------------------------|
| <i>buprenorphine (5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk, 10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk)</i> | NIVEL 4 | PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS |
| <i>fentanyl (12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr, 100 mcg/hr patch 72hr)</i> | NIVEL 3 | PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>methadone hcl 10 mg tab</i> | NIVEL 4 | PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>methadone hcl 10 mg/5ml solution</i> | NIVEL 4 | PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>methadone hcl 10 mg/ml solution</i> | NIVEL 4 | PA, NDS |
| <i>methadone hcl 5 mg tab</i> | NIVEL 4 | PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>methadone hcl 5 mg/5ml solution</i> | NIVEL 4 | PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>morphine sulfate er (er 60 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i> | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i> | NIVEL 4 | QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i> | NIVEL 4 | QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>tramadol hcl er (er 100 mg tab er 24h, er 200 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 4 | PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS |

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES

| | | |
|--|---------|-----------------------------------|
| <i>butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i> | NIVEL 4 | PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS |
| BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE 50-325-40 MG TAB | NIVEL 2 | PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>cataflam 50 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>celecoxib (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i> | NIVEL 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---------------------------|
| <i>celecoxib 400 mg cap</i> | NIVEL 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>diclofenac potassium 50 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>diclofenac sodium (1 % gel, 1.5 % solution)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>diclofenac sodium 3 % gel</i> | NIVEL 4 | PA, QL (100 PER 30 DAYS) |
| <i>diclofenac sodium 75 mg tab dr</i> | NIVEL 1 | |
| <i>diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h</i> | NIVEL 2 | |
| <i>diflunisal 500 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>etodolac (200 mg cap, 300 mg cap)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>etodolac (400 mg tab, 500 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>etodolac er (er 400 mg tab er 24h, er 500 mg tab er 24h, er 600 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 3 | |
| FLURBIPROFEN (50 MG TAB, 100 MG TAB) | NIVEL 2 | |
| <i>ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>indomethacin er 75 mg cap er</i> | NIVEL 3 | |
| <i>meloxicam (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>naproxen dr 500 mg tab dr</i> | NIVEL 2 | |
| <i>naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>oxaprozin 600 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| <i>piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>relafen (500 mg tab, 750 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |

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

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

ANESTÉSICOS

ANESTÉSICOS LOCALES

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

ANSIOLÍTICOS

ANSIOLÍTICOS, OTROS

| | | |
|--|---------|--|
| <i>buspirone hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>meprobamate (200 mg tab, 400 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |

BENZODIACEPINAS

| | | |
|---|---------|--------------------|
| <i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)</i> | NIVEL 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>alprazolam 2 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (5 PER 1 DAYS) |
| <i>alprazolam er (er 0.5 mg tab er 24h, er 1 mg tab er 24h, er 3 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>alprazolam er 2 mg tab er 24h</i> | NIVEL 4 | QL (5 PER 1 DAYS) |
| <i>alprazolam xr (0.5 mg tab er 24h, 1 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>alprazolam xr 2 mg tab er 24h</i> | NIVEL 4 | QL (5 PER 1 DAYS) |
| <i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)</i> | NIVEL 3 | QL (40 PER 1 DAYS) |
| <i>clonazepam 0.5 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (40 PER 1 DAYS) |
| <i>clonazepam 1 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (20 PER 1 DAYS) |
| <i>clonazepam 1 mg tab disp</i> | NIVEL 3 | QL (20 PER 1 DAYS) |
| <i>clonazepam 2 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (10 PER 1 DAYS) |
| <i>clonazepam 2 mg tab disp</i> | NIVEL 3 | QL (10 PER 1 DAYS) |

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

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

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

ANTITABACO, MEDICAMENTOS

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

DEPENDENCIA A OPIOIDES

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

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

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

DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN

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

REVERTIDORES OPIOIDEOS

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

ANTIBACTERIANOS

AMINOGLUCÓSIDOS

| | | |
|--|---------|--------------------------------|
| <i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i> | NIVEL 4 | |
| ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION | NIVEL 5 | PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS) |
| <i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i> | NIVEL 4 | |
| <i>neomycin sulfate 500 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN | NIVEL 4 | |
| <i>tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 2 gm/50ml solution, 10 mg/ml solution, 80 mg/2ml solution)</i> | NIVEL 4 | |

ANTIBACTERIANOS, OTROS

| | | |
|--|---------|-----------------------------|
| <i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i> | NIVEL 4 | |
| CAYSTON 75 MG RECON SOLN | NIVEL 5 | PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS) |
| <i>clindamycin hcl (75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i> | NIVEL 4 | |
| <i>clindamycin phosphate (9 gm/60ml solution, 600 mg/4ml solution, 900 mg/6ml solution, 9000 mg/60ml solution)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>clindamycin phosphate 2 % cream</i> | NIVEL 2 | |
| <i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)</i> | NIVEL 4 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|--------------------------------|
| CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION) | NIVEL 4 | |
| <i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i> | NIVEL 4 | |
| <i>daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i> | NIVEL 5 | |
| <i>lincomycin hcl 300 mg/ml solution</i> | NIVEL 4 | |
| <i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i> | NIVEL 5 | PA |
| <i>linezolid 600 mg tab</i> | NIVEL 4 | PA |
| <i>linezolid 600 mg/300ml solution</i> | NIVEL 4 | |
| LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION | NIVEL 5 | |
| <i>methenamine hippurate 1 gm tab</i> | NIVEL 4 | |
| <i>metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % lotion)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>metronidazole (1 % gel, 500 mg/100ml solution)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>nitrofurantoin macrocrystal (50 mg cap, 100 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i> | NIVEL 2 | |
| <i>polymyxin b sulfate 500000 unit recon soln</i> | NIVEL 4 | |
| <i>rosadan 0.75 % cream</i> | NIVEL 3 | |
| <i>rosadan 0.75 % gel</i> | NIVEL 2 | |
| <i>tigecycline 50 mg recon soln</i> | NIVEL 5 | |
| <i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>trimethoprim 100 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 1.75 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 125 mg cap, 250 mg cap, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>vancomycin hcl 5 gm recon soln</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| VANDAZOLE 0.75 % GEL | NIVEL 3 | |
| XIFAXAN 200 MG TAB | NIVEL 4 | PA, QL (9 PER 30 OVER TIME) |
| XIFAXAN 550 MG TAB | NIVEL 5 | PA, QL (3 PER 1 DAYS) |

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

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

BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS

| | | |
|--|---------|--|
| CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP) | NIVEL 2 | |
| <i>cefadroxil (1 gm tab, 500 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>cefadroxil (250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>cefazolin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 300 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>cefдинir 300 mg cap</i> | NIVEL 2 | |
| CEFEPIME HCL (1 GM RECON SOLN, 1 GM/50ML SOLUTION, 2 GM RECON SOLN, 2 GM/100ML SOLUTION) | NIVEL 4 | |
| <i>cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>cefotetan disodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>cefpodoxime proxetil (50 mg/5ml recon susp, 100 mg tab, 100 mg/5ml recon susp, 200 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ceftazidime (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 6 gm recon soln)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN) | NIVEL 4 | |
| TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN) | NIVEL 5 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---------------------------|
| BETALACTÁMICOS, PENICILINAS | | |
| <i>amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg chew tab, 200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg chew tab, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER 1000-62.5 MG TAB ER 12H | NIVEL 4 | |
| <i>ampicillin 500 mg cap</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ampicillin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln)</i> | NIVEL 4 | |
| BICILLIN C-R 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION | NIVEL 4 | |
| BICILLIN C-R 900/300 900000-300000 UNIT/2ML SUSPENSION | NIVEL 4 | |
| BICILLIN L-A (600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR) | NIVEL 4 | |
| <i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>nafcillin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>penicillin g potassium (5000000 recon soln, 20000000 recon soln)</i> | NIVEL 4 | |
| PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN | NIVEL 4 | |
| <i>penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>pfizerpen (5000000 recon soln, 20000000 recon soln)</i> | NIVEL 4 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|---------------------------|
| <i>piperacillin sod-tazobactam so (d-tazobactam 2.25 (2-0.25) gm recon ln, d-tazobactam 3-0.375 gm recon ln, d-tazobactam 3.375 (3-0.375) gm recon ln, d-tazobactam 4-0.5 gm recon ln, d-tazobactam 4.5 (4-0.5) gm recon ln, d-tazobactam 13.5 (12-1.5) gm recon ln, d-tazobactam 40.5 (36-4.5) gm recon ln)</i> | NIVEL 4 | |

CARBAPENÉMICOS

| | | |
|--|---------|--|
| <i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i> | NIVEL 3 | |
| <i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i> | NIVEL 4 | |
| MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN) | NIVEL 4 | |

MACRÓLIDOS

| | | |
|--|---------|-------------------------------|
| <i>azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| AZITHROMYCIN 1 GM PACKET | NIVEL 3 | |
| <i>azithromycin 500 mg recon soln</i> | NIVEL 4 | |
| CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP) | NIVEL 4 | |
| <i>clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>clarithromycin er 500 mg tab er 24h</i> | NIVEL 4 | |
| DIFICID 200 MG TAB | NIVEL 5 | PA, QL (20 PER 10 OVER TIME) |
| DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP | NIVEL 5 | PA, QL (136 PER 10 OVER TIME) |
| <i>e.e.s. 400 400 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| <i>erythrocin lactobionate 500 mg recon soln</i> | NIVEL 4 | |
| <i>erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5ml recon susp, 400 mg tab, 400 mg/5ml recon susp)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i> | NIVEL 4 | |

QUINOLONAS

| | | |
|----------------------------|---------|--|
| BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION | NIVEL 3 | |
|----------------------------|---------|--|

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|--------------------------------|
| CILOXAN 0.3 % OINTMENT | NIVEL 4 | |
| <i>ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%) recon susp, 500 mg/5ml (10%) recon susp)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution</i> | NIVEL 4 | |
| <i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>levofloxacin 25 mg/ml solution</i> | NIVEL 4 | |
| <i>levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |

SULFONAMIDAS

| | | |
|--|---------|--|
| <i>sulfadiazine 500 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i> | NIVEL 4 | |

TETRACICLINAS

| | | |
|---|---------|--|
| <i>avidoxy 100 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>doxy 100 100 mg recon soln</i> | NIVEL 4 | |
| <i>doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i> | NIVEL 4 | |
| <i>doxycycline monohydrate (50 mg cap, 100 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>doxycycline monohydrate (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>minocycline hcl (50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>mondoxylene nl 100 mg cap</i> | NIVEL 2 | |
| <i>morgidox 100 mg cap</i> | NIVEL 2 | |
| <i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i> | NIVEL 4 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|---------|--|
| ANTICONVULSIVOS | | |
| ANTICONVULSIVOS, OTROS | | |
| BRIVIACT (10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB, 100 MG TAB) | NIVEL 5 | ST, QL (2 PER 1 DAYS) |
| BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION | NIVEL 5 | ST, QL (20 PER 1 DAYS) |
| DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET) | NIVEL 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET) | NIVEL 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>divalproex sodium er (er 250 mg tab er 24h, er 500 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 2 | |
| EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION | NIVEL 5 | LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION | NIVEL 4 | QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i> | NIVEL 4 | |
| FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION | NIVEL 5 | LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| FYCOMPA (4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB) | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION | NIVEL 4 | QL (24 PER 1 DAYS) |
| FYCOMPA 2 MG TAB | NIVEL 4 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>lamotrigine (5 mg chew tab, 25 mg chew tab, 25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab, 1000 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i> | NIVEL 2 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i> | NIVEL 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>roweepira 500 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB) | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| SPRITAM 1000 MG TAB | NIVEL 4 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| SPRITAM 750 MG TAB | NIVEL 4 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|---|
| <i>subvenite (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| TOPIRAMATE 50 MG CAP SPRINK | NIVEL 2 | QL (8 PER 1 DAYS) |
| <i>valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i> | NIVEL 2 | |
| XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB) | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| XCOPRI (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB) | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS

| | | |
|--|---------|--------------------------------|
| APTIOM (200 MG TAB, 400 MG TAB) | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| APTIOM (600 MG TAB, 800 MG TAB) | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>carbamazepine er (er 100 mg cap er 12h, er 100 mg tab er 12h, er 200 mg cap er 12h, er 200 mg tab er 12h, er 300 mg cap er 12h, er 400 mg tab er 12h)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>epitol 200 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>lacosamide (10 mg/ml solution, 50 mg/5ml solution, 100 mg/10ml solution)</i> | NIVEL 4 | QL (40 PER 1 DAYS) |
| <i>lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i> | NIVEL 4 | |
| <i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>phenytoin (50 mg chew tab, 100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>rufinamide 200 mg tab</i> | NIVEL 4 | ST, QL (16 PER 1 DAYS) |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|--|
| <i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i> | NIVEL 5 | ST, QL (80 PER 1 DAYS) |
| <i>rufinamide 400 mg tab</i> | NIVEL 4 | ST, QL (8 PER 1 DAYS) |
| XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 MG TAB THPK | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| XCOPRI (COPRI 14 150 MG 14 200 MG TAB THPK, COPRI 14 50 MG 14 100 MG TAB THPK) | NIVEL 5 | QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK | NIVEL 4 | QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION | NIVEL 4 | |
| <i>zonisamide (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |

GAMMA-AMINOBTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS

| | | |
|--|---------|--|
| <i>clobazam 10 mg tab</i> | NIVEL 4 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i> | NIVEL 4 | QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>clobazam 20 mg tab</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>diazepam 10 mg gel</i> | NIVEL 4 | QL (20 PER 30 DAYS) |
| DIAZEPAM 2.5 MG GEL | NIVEL 4 | QL (5 PER 30 DAYS) |
| <i>diazepam 20 mg gel</i> | NIVEL 4 | QL (40 PER 30 DAYS) |
| <i>gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)</i> | NIVEL 3 | QL (72 PER 1 DAYS) |
| <i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i> | NIVEL 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>gabapentin 100 mg cap</i> | NIVEL 2 | QL (12 PER 1 DAYS) |
| <i>gabapentin 300 mg cap</i> | NIVEL 2 | QL (8 PER 1 DAYS) |
| <i>gabapentin 400 mg cap</i> | NIVEL 2 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| LIBERVANT (5 MG FILM, 7.5 MG FILM, 10 MG FILM, 12.5 MG FILM, 15 MG FILM) | NIVEL 5 | QL (10 PER 30 DAYS) |
| <i>phenobarbital (15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab, 100 mg tab)</i> | NIVEL 2 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>primidone (50 mg tab, 125 mg tab, 250 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM) | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>tiagabine hcl (2 mg tab, 4 mg tab, 12 mg tab, 16 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---|
| VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID | NIVEL 5 | QL (10 PER 30 DAYS) |
| VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK | NIVEL 5 | QL (10 PER 30 DAYS) |
| VALTOCO 20 MG DOSE 2 X 10 MG/0.1ML LIQD THPK | NIVEL 5 | QL (10 PER 30 DAYS) |
| VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID | NIVEL 5 | QL (10 PER 30 DAYS) |
| <i>vigabatrín (500 mg packet, 500 mg tab)</i> | NIVEL 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>vigadrone 500 mg packet</i> | NIVEL 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>vigadrone 500 mg tab</i> | NIVEL 5 | QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION | NIVEL 5 | LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>vigpoder 500 mg packet</i> | NIVEL 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION | NIVEL 5 | LA, QL (36 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

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

ANTIDEMENCIALES

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

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

ANTIDEMENCIALES, OTROS

| | |
|-----------------------------|---------|
| ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB | NIVEL 3 |
|-----------------------------|---------|

INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

| | | |
|--|---------|----|
| <i>donepezil hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>donepezil hcl 23 mg tab</i> | NIVEL 4 | ST |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---------------------------|
| <i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i> | NIVEL 2 | |
| <i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i> | NIVEL 2 | |
| <i>galantamine hydrobromide (4 mg tab, 8 mg tab, 12 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| GALANTAMINE HYDROBROMIDE 4 MG/ML SOLUTION | NIVEL 4 | |
| <i>galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er 24h, er 16 mg cap er 24h, er 24 mg cap er 24h)</i> | NIVEL 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>rivastigmine (4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr, 13.3 mg/24hr patch 24hr)</i> | NIVEL 4 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i> | NIVEL 3 | |

ANTIDEPRESIVOS

ANTIDEPRESIVOS, OTROS

| | | |
|--|---------|---|
| AUVELITY 45-105 MG TAB ER | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>bupropion hcl 100 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>bupropion hcl 75 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h</i> | NIVEL 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h</i> | NIVEL 2 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h</i> | NIVEL 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h</i> | NIVEL 2 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h</i> | NIVEL 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| LYBALVI (5-10 MG TAB, 10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB) | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>mirtazapine (7.5 mg tab, 15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp)</i> | NIVEL 2 | |
| PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB) | NIVEL 4 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP) | NIVEL 5 | QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ZURZUVAE 30 MG CAP | NIVEL 5 | QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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

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

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA

| | | |
|---|---------|--------------------------|
| EMSAM (6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR) | NIVEL 5 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| MARPLAN 10 MG TAB | NIVEL 4 | |
| <i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i> | NIVEL 4 | |

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

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

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---------------------------|
| <i>sertraline hcl (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i> | NIVEL 3 | |
| <i>trazodone hcl (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>trazodone hcl 300 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB) | NIVEL 4 | ST, QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>venlafaxine hcl (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap er 24h, er 150 mg cap er 24h)</i> | NIVEL 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h</i> | NIVEL 2 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i> | NIVEL 4 | ST, QL (1 PER 1 DAYS) |

TRICÍCLICOS

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

ANTIEMÉTICOS

ANTIEMÉTICOS, OTROS

| | | |
|----------------------------|---------|--|
| <i>compro 25 mg suppos</i> | NIVEL 4 | |
|----------------------------|---------|--|

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---------------------------|
| <i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>metoclopramide hcl (5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg tab, 10 mg/10ml solution)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>metoclopramide hcl 5 mg/ml solution</i> | NIVEL 4 | |
| <i>perphenazine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>prochlorperazine 25 mg suppos</i> | NIVEL 4 | |
| <i>prochlorperazine maleate (5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i> | NIVEL 2 | PA |
| <i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i> | NIVEL 4 | |

COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGENICA

| | | |
|--|---------|--|
| <i>aprepitant (80 & 125 mg cap, 80 & 125 mg misc, 80 mg cap, 125 mg cap)</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>aprepitant 40 mg cap</i> | NIVEL 4 | PA, QL (1 PER 30 DAYS) |
| <i>dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i> | NIVEL 4 | PA, QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>granisetron hcl 1 mg tab</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>ondansetron 4 mg tab disp</i> | NIVEL 2 | QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>ondansetron 8 mg tab disp</i> | NIVEL 2 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| ONDANSETRON HCL 24 MG TAB | NIVEL 2 | QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>ondansetron hcl 4 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i> | NIVEL 4 | QL (30 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>ondansetron hcl 8 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |

ANTIESPÁSTICOS

| | | |
|---|---------|--------------------|
| <i>baclofen 10 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (8 PER 1 DAYS) |
| <i>baclofen 15 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>baclofen 20 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>baclofen 5 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (16 PER 1 DAYS) |
| <i>dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i> | NIVEL 3 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|---------------------------|
| <i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |

ANTIFÚNGICOS

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

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

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

ANTIGOTOSOS

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

ANTIJAQUECOSOS

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

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

ALCALOIDES DE ERGOTAMINA

| | | |
|--|---------|------------------------|
| <i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i> | NIVEL 5 | PA, QL (8 PER 30 DAYS) |
| MIGERGOT 2-100 MG SUPPOS | NIVEL 4 | QL (20 PER 30 DAYS) |

CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS

| | | |
|---|---------|-------------------------|
| AIMOVIG (70 MG/ML SOLN A-INJ, 140 MG/ML SOLN A-INJ) | NIVEL 3 | PA, QL (1 PER 28 DAYS) |
| NURTEC 75 MG TAB DISP | NIVEL 5 | PA, QL (16 PER 30 DAYS) |
| UBRELVY (50 MG TAB, 100 MG TAB) | NIVEL 5 | PA, QL (16 PER 30 DAYS) |

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

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

ANTIMIASTÉNICOS

PARASIMPATICOMIMÉTICOS

| | | |
|--|---------|--|
| <i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution</i> | NIVEL 4 | |
| <i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab er</i> | NIVEL 4 | |

ANTIMICOBACTERIANOS

ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS

| | | |
|--|---------|--|
| <i>dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>rifabutin 150 mg cap</i> | NIVEL 4 | |

ANTITUBERCULOSOS

| | | |
|--|---------|----|
| <i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>isoniazid (50 mg/5ml syrup, 100 mg tab, 300 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| PRIFTIN 150 MG TAB | NIVEL 4 | |
| <i>pyrazinamide 500 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>rifampin 600 mg recon soln</i> | NIVEL 4 | |
| SIRTURO (20 MG TAB, 100 MG TAB) | NIVEL 5 | PA |
| TRECTOR 250 MG TAB | NIVEL 4 | |

ANTINEOPLÁSICOS

ALQUILANTES

| | | |
|---|---------|--------------------------------|
| CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB) | NIVEL 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| GLEOSTINE (10 MG CAP, 40 MG CAP) | NIVEL 4 | |
| GLEOSTINE 100 MG CAP | NIVEL 5 | |
| LEUKERAN 2 MG TAB | NIVEL 4 | |
| MATULANE 50 MG CAP | NIVEL 5 | LA |
| <i>thiotepa (15 mg recon soln, 100 mg recon soln)</i> | NIVEL 5 | PA - PART B VS D DETERMINATION |

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

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

ANTIANDRÓGENOS

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

ANTIANGIÓGENICOS

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

ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES

| | | |
|--|---------|--------------------------|
| <i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i> | NIVEL 5 | |
| SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION | NIVEL 5 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---------------------------|
| <i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>toremifene citrate 60 mg tab</i> | NIVEL 4 | |

ANTIMETABOLITOS

| | | |
|--|---------|---|
| <i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i> | NIVEL 5 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>mercaptopurine 50 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB) | NIVEL 5 | QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION | NIVEL 5 | LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| TABLOID 40 MG TAB | NIVEL 3 | |

ANTINEOPLÁSICOS, OTROS

| | | |
|---|---------|--|
| AKEEGA (50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| AUGTYRO 160 MG CAP | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| AUGTYRO 40 MG CAP | NIVEL 5 | QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| FRUZAQLA 1 MG CAP | NIVEL 5 | LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| FRUZAQLA 5 MG CAP | NIVEL 5 | LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>hydroxyurea 500 mg cap</i> | NIVEL 2 | |
| INQOVI 35-100 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| IWILFIN 192 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| 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 | |
| OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| QINLOCK 50 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|-------------------------------|--------------|---|
| WELIREG 40 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ZOLINZA 100 MG CAP | NIVEL 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO

| | | |
|---------------------------------|---------|---|
| HEMADY 20 MG TAB | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>mesna 100 mg/ml solution</i> | NIVEL 4 | |
| <i>mesna 400 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| VONJO 100 MG CAP | NIVEL 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

INHIBIDORES DE ENZIMAS

| | | |
|---------------------|---------|---|
| LAZCLUZE 240 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LAZCLUZE 80 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN

| | | |
|-----------------------------|---------|--|
| <i>anastrozole 1 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>exemestane 25 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| <i>letrozole 2.5 mg tab</i> | NIVEL 2 | |

INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES

| | | |
|--|---------|--|
| ALECENSA 150 MG CAP | NIVEL 5 | LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ALUNBRIG 30 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK | NIVEL 5 | LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| AYVAKIT (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| BALVERSA 3 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| BALVERSA 4 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| BALVERSA 5 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB) | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|---|
| BOSULIF 100 MG CAP | NIVEL 5 | QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| BOSULIF 100 MG TAB | NIVEL 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| BOSULIF 50 MG CAP | NIVEL 5 | QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| BRAFTOVI 75 MG CAP | NIVEL 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| BRUKINSA 80 MG CAP | NIVEL 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| CAPRELSA 100 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| CAPRELSA 300 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT | NIVEL 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT | NIVEL 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP) | NIVEL 5 | LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| COTELLIC 20 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i> | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i> | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>dasatinib 20 mg tab</i> | NIVEL 5 | QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>dasatinib 50 mg tab</i> | NIVEL 5 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| DAURISMO 100 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| DAURISMO 25 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ERIVEDGE 150 MG CAP | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|--|
| <i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i> | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>erlotinib hcl 25 mg tab</i> | NIVEL 5 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)</i> | NIVEL 5 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i> | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>everolimus (7.5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| 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 (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>gefitinib 250 mg tab</i> | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| IBRANCE (75 MG CAP, 75 MG TAB, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 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 |
| ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| IDHIFA (50 MG TAB, 100 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>imatinib mesylate 100 mg tab</i> | NIVEL 5 | QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>imatinib mesylate 400 mg tab</i> | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| IMBRUVICA (70 MG CAP, 280 MG TAB, 420 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| IMBRUVICA 140 MG CAP | NIVEL 5 | LA, QL (3 PER 1 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 (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| INLYTA 1 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| INLYTA 5 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---|
| INREBIC 100 MG CAP | NIVEL 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ITOVEBI 3 MG TAB | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ITOVEBI 9 MG TAB | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| JAKAFI (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| JAYPIRCA 100 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| JAYPIRCA 50 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK | NIVEL 5 | QL (21 PER 28 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 |
| KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK | NIVEL 5 | QL (49 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK | NIVEL 5 | QL (70 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK | NIVEL 5 | QL (91 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| KOSELUGO 10 MG CAP | NIVEL 5 | LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| KOSELUGO 25 MG CAP | NIVEL 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| KRAZATI 200 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i> | NIVEL 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK | NIVEL 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK | NIVEL 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|--|
| LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK | NIVEL 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LORBRENA 100 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LORBRENA 25 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LUMAKRAS 120 MG TAB | NIVEL 5 | QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LUMAKRAS 240 MG TAB | NIVEL 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LUMAKRAS 320 MG TAB | NIVEL 5 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK | NIVEL 5 | LA, QL (84 PER 28 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 (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| MEKINIST 0.5 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| MEKINIST 2 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| MEKTOVI 15 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| NERLYNX 40 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP) | NIVEL 5 | QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ODOMZO 200 MG CAP | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| OGSIVEO 100 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| OGSIVEO 150 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---|
| OGSIVEO 50 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| OJEMDA 100 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP | NIVEL 5 | LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>pazopanib hcl 200 mg tab</i> | NIVEL 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| RETEVMO (80 MG TAB, 120 MG TAB, 160 MG TAB) | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| RETEVMO 40 MG CAP | NIVEL 5 | QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| RETEVMO 40 MG TAB | NIVEL 5 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| RETEVMO 80 MG CAP | NIVEL 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| REVUFORJ 110 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| REVUFORJ 160 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| REZLIDHIA 150 MG CAP | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ROZLYTREK 100 MG CAP | NIVEL 5 | QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ROZLYTREK 200 MG CAP | NIVEL 5 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ROZLYTREK 50 MG PACKET | NIVEL 5 | QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| RYDAPT 25 MG CAP | NIVEL 5 | QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| SCEMBLIX 100 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---|
| SCSEMBLIX 20 MG TAB | NIVEL 5 | QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| SCSEMBLIX 40 MG TAB | NIVEL 5 | QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i> | NIVEL 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| STIVARGA 40 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i> | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i> | NIVEL 5 | QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>sunitinib malate 25 mg cap</i> | NIVEL 5 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN | NIVEL 5 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB) | NIVEL 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP) | NIVEL 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| TAFINLAR 10 MG TAB SOL | NIVEL 5 | LA, QL (30 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| TAGRISO (40 MG TAB, 80 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP) | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| TALZENNA 0.25 MG CAP | NIVEL 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| TASIGNA (50 MG CAP, 150 MG CAP, 200 MG CAP) | NIVEL 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| TAZVERIK 200 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| TEPMETKO 225 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| TIBSOVO 250 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| 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 (50 MG TAB, 150 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| TURALIO 125 MG CAP | NIVEL 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VANFLYTA 17.7 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|---|
| VANFLYTA 26.5 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VENCLEXTA 10 MG TAB | NIVEL 3 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VENCLEXTA 100 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VENCLEXTA 50 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK | NIVEL 5 | LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VERZENIO (50 MG TAB, 200 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VITRAKVI 100 MG CAP | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION | NIVEL 5 | LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VITRAKVI 25 MG CAP | NIVEL 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VORANIGO 10 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VORANIGO 40 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 50 MG CAP SPRINK, 200 MG CAP, 250 MG CAP) | NIVEL 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| XALKORI 150 MG CAP SPRINK | NIVEL 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| XOSPATA 40 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| 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) 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 |
| 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 |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---|
| 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 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 (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ZELBORAF 240 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB) | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ZYKADIA 150 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

RETINOIDES

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

ANTIPARASITARIOS

ANTIHELMÍNTICOS

| | | |
|--------------------------------|---------|--|
| <i>albendazole 200 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| <i>ivermectin 3 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>praziquantel 600 mg tab</i> | NIVEL 3 | |

ANTIPROTOZOICOS

| | | |
|--|---------|----------------------------|
| <i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i> | NIVEL 4 | PA |
| <i>atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| BENZNIDAZOLE 100 MG TAB | NIVEL 4 | QL (240 PER 365 OVER TIME) |
| BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB | NIVEL 4 | QL (720 PER 365 OVER TIME) |
| <i>chloroquine phosphate 250 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (50 PER 30 DAYS) |
| <i>chloroquine phosphate 500 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (25 PER 30 DAYS) |
| COARTEM 20-120 MG TAB | NIVEL 4 | QL (24 PER 2 OVER TIME) |
| <i>hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (3 PER 1 DAYS) |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|--------------------------------|
| <i>hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>mefloquine hcl 250 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>nitazoxanide 500 mg tab</i> | NIVEL 5 | PA, QL (6 PER 3 OVER TIME) |
| <i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i> | NIVEL 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>pyrimethamine 25 mg tab</i> | NIVEL 5 | PA |
| <i>quinine sulfate 324 mg cap</i> | NIVEL 3 | PA, QL (6 PER 1 DAYS) |

ANTIPARKINSONIANOS

AGONISTAS DE LA DOPAMINA

| | | |
|---|---------|-------------------|
| <i>apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart</i> | NIVEL 5 | PA |
| <i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ropinirole hcl er (er 2 mg tab er 24h, er 4 mg tab er 24h, er 6 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h</i> | NIVEL 4 | QL (3 PER 1 DAYS) |

ANTICOLINÉRGICOS

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

ANTIPARKINSONIANOS, OTROS

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

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

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

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)

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

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

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

ANTIPSICÓTICOS

ANTIPSYCHOTICS, OTHER

| | | |
|--|---------|--|
| COBENFY (50-20 MG CAP, 100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP) | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 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 |

PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS

| | | |
|---|---------|-------------------|
| <i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 25 mg/ml solution, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 50 mg/2ml solution, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i> | NIVEL 4 | |
| FLUPHENAZINE HCL (1 MG TAB, 2.5 MG TAB, 2.5 MG/5ML ELIXIR, 2.5 MG/ML SOLUTION, 5 MG TAB, 5 MG/ML CONC, 10 MG TAB) | NIVEL 4 | |
| <i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>haloperidol decanoate (50 mg/ml solution, 100 mg/ml solution)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml solution)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>loxapine succinate (5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| MOLINDONE HCL 10 MG TAB | NIVEL 4 | QL (8 PER 1 DAYS) |
| MOLINDONE HCL 25 MG TAB | NIVEL 4 | QL (9 PER 1 DAYS) |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---------------------------|
| MOLINDONE HCL 5 MG TAB | NIVEL 4 | QL (12 PER 1 DAYS) |
| PIMOZIDE (1 MG TAB, 2 MG TAB) | NIVEL 3 | |
| <i>thioridazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i> | NIVEL 3 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>thiothixene (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |

RESISTENTES AL TRATAMIENTO

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

SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS

| | | |
|--|---------|---|
| ABILIFY ASIMTUFI (720 MG/2.4ML PRSYR, 960 MG/3.2ML PRSYR) | NIVEL 5 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER) | NIVEL 5 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>aripiprazole (5 mg tab, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i> | NIVEL 4 | QL (25 PER 1 DAYS) |
| <i>aripiprazole 2 mg tab</i> | NIVEL 4 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| ARISTADA (441 MG/1.6ML PRSYR, 662 MG/2.4ML PRSYR, 882 MG/3.2ML PRSYR, 1064 MG/3.9ML PRSYR) | NIVEL 5 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR | NIVEL 5 | QL (2.4 PER 42 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>asenapine maleate (2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab, 10 mg sl tab)</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP) | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB) | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| FANAPT (6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB) | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|--|
| FANAPT TITRATION PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB | NIVEL 4 | QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR | NIVEL 5 | QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR | NIVEL 5 | QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR | NIVEL 5 | QL (0.75 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR | NIVEL 5 | QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR | NIVEL 5 | QL (1.5 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR | NIVEL 4 | QL (0.25 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR | NIVEL 5 | QL (0.5 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR | NIVEL 5 | QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR | NIVEL 5 | QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR | NIVEL 5 | QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR | NIVEL 5 | QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>lurasidone hcl (80 mg tab, 120 mg tab)</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP) | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>olanzapine (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>olanzapine (5 mg tab disp, 10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>paliperidone er (er 1.5 mg tab er 24h, er 3 mg tab er 24h, er 9 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| PERSERIS (90 MG PRSYR, 120 MG PRSYR) | NIVEL 5 | QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>quetiapine fumarate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---|
| <i>quetiapine fumarate er (er 50 mg tab er 24h, er 150 mg tab er 24h, er 200 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h, er 400 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 4 | |
| REXULTI (0.25 MG TAB, 1 MG TAB) | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| REXULTI (0.5 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB) | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>risperidone 1 mg/ml solution</i> | NIVEL 3 | |
| <i>risperidone microspheres er (er 12.5 mg, er 25 mg)</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>risperidone microspheres er (er 37.5 mg, er 50 mg)</i> | NIVEL 5 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR) | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VRAYLAR (1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP) | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK | NIVEL 4 | QL (7 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i> | NIVEL 4 | |
| ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP) | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |

ANTIVÍRICOS

ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)

| | | |
|---|---------|----------------------------|
| LIVTENCITY 200 MG TAB | NIVEL 5 | PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS) |
| PREVYMIS (20 MG PACKET, 120 MG PACKET) | NIVEL 5 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| PREVYMIS 240 MG TAB | NIVEL 5 | QL (200 PER 365 OVER TIME) |
| PREVYMIS 480 MG TAB | NIVEL 5 | QL (100 PER 365 OVER TIME) |
| <i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i> | NIVEL 4 | QL (18 PER 1 DAYS) |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|--------------------------------|
| ANTIGRIPALES | | |
| <i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i> | NIVEL 3 | QL (120 PER 180 OVER TIME) |
| <i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i> | NIVEL 3 | QL (42 PER 180 OVER TIME) |
| <i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i> | NIVEL 3 | QL (1080 PER 365 OVER TIME) |
| <i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i> | NIVEL 3 | QL (60 PER 180 OVER TIME) |
| 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) |
| ANTIHEPATÍTCOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV) | | |
| <i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION | NIVEL 5 | QL (21 PER 1 DAYS) |
| <i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION | NIVEL 3 | |
| <i>lamivudine 100 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| ANTIHEPÁTICOS CONTRA LA HEPATITIS C | | |
| MAVYRET 100-40 MG TAB | NIVEL 5 | PA, QL (3 PER 1 DAYS) |
| MAVYRET 50-20 MG PACKET | NIVEL 5 | PA, QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>ribavirin (200 mg cap, 200 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ribavirin 6 gm recon soln</i> | NIVEL 5 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| ANTIHERPÉTICOS | | |
| <i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>acyclovir 200 mg/5ml suspension</i> | NIVEL 4 | |
| <i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI) | | |
| BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB) | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| DOVATO 50-300 MG TAB | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS) |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---------------------------------|--------------|---------------------------|
| GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| ISENTRESS 100 MG CHEW TAB | NIVEL 5 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| ISENTRESS 100 MG PACKET | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| ISENTRESS 25 MG CHEW TAB | NIVEL 3 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| ISENTRESS 400 MG TAB | NIVEL 5 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| ISENTRESS HD 600 MG TAB | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| JULUCA 50-25 MG TAB | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB | NIVEL 5 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| TIVICAY (25 MG TAB, 50 MG TAB) | NIVEL 5 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| TIVICAY 10 MG TAB | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| TIVICAY PD 5 MG TAB SOL | NIVEL 4 | QL (6 PER 1 DAYS) |

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA

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

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|-------------------------------|--------------|---------------------------|
| VIRACEPT 250 MG TAB | NIVEL 5 | QL (9 PER 1 DAYS) |
| VIRACEPT 625 MG TAB | NIVEL 5 | QL (4 PER 1 DAYS) |

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

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

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

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

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

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

ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS

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

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

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

ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS

| | | |
|--|---------|---------------------|
| PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK | NIVEL 3 | QL (20 PER 30 DAYS) |
| PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |

BIPOLARES

ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO

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

BUCODENTALES

| | | |
|--|---------|--------------------------------|
| <i>cevimeline hcl 30 mg cap</i> | NIVEL 4 | |
| <i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i> | NIVEL 2 | |
| KEPIVANCE 6.25 MG RECON SOLN | NIVEL 5 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>kourzeq 0.1 % paste</i> | NIVEL 3 | |
| <i>oralone 0.1 % paste</i> | NIVEL 3 | |
| <i>periogard 0.12 % solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i> | NIVEL 3 | |

CARDIOVASCULARES

AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA

| | | |
|---|---------|-------------------------------|
| <i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>droxidopa 100 mg cap</i> | NIVEL 5 | PA, QL (252 PER 90 OVER TIME) |
| <i>droxidopa 200 mg cap</i> | NIVEL 5 | PA, QL (120 PER 30 DAYS) |
| <i>droxidopa 300 mg cap</i> | NIVEL 5 | PA, QL (84 PER 90 OVER TIME) |
| <i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|---------------------------|
| <i>methyldopa (250 mg tab, 500 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 3 | |

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II

| | | |
|---|---------|--|
| <i>candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>irbesartan (75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>valsartan (40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |

ANTIARRÍTMICOS

| | | |
|--|---------|-------------------|
| <i>amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>amiodarone hcl 200 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i> | NIVEL 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i> | NIVEL 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i> | NIVEL 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| MULTAQ 400 MG TAB | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>pacerone 200 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>sorine (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>sotalol hcl (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>sotalol hcl (af) ((af) 80 mg tab, (af) 120 mg tab, (af) 160 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---------------------------|
| BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA | | |
| <i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>terazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i> | NIVEL 1 | |
| BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA | | |
| <i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>atenolol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>carvedilol (3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>carvedilol phosphate er (er 10 mg cap er 24h, er 20 mg cap er 24h, er 40 mg cap er 24h, er 80 mg cap er 24h)</i> | NIVEL 4 | ST |
| <i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>metoprolol succinate er (er 25 mg tab er 24h, er 50 mg tab er 24h, er 100 mg tab er 24h, er 200 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>metoprolol tartrate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>pindolol (5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION) | NIVEL 3 | |
| <i>propranolol hcl er (er 60 mg cap er 24h, er 80 mg cap er 24h, er 120 mg cap er 24h, er 160 mg cap er 24h)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>timolol maleate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS | | |
| <i>amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|---------------------------|
| <i>felodipine er (er 2.5 mg tab er 24h, er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>nifedipine (10 mg cap, 20 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>nifedipine er (er 30 mg tab er 24h, er 60 mg tab er 24h, er 90 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>nifedipine er osmotic release (er 30 mg tab er 24h, er 60 mg tab er 24h, er 90 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>nimodipine 30 mg cap</i> | NIVEL 4 | |
| NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION | NIVEL 5 | QL (1260 PER 21 DAYS) |

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS

| | | |
|--|---------|--|
| <i>cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>diltiazem hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i> | NIVEL 2 | |
| <i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i> | NIVEL 2 | |
| <i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i> | NIVEL 2 | |
| <i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i> | NIVEL 2 | |
| <i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i> | NIVEL 2 | |
| <i>diltiazem hcl er (er 60 mg cap er 12h, er 90 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 12h, er 120 mg tab er 24h, er 180 mg tab er 24h, er 240 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h, er 360 mg tab er 24h, er 420 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>diltiazem hcl er beads 420 mg cap er 24h</i> | NIVEL 2 | |
| <i>matzim la (180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>taztia xt (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)</i> | NIVEL 2 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|---------------------------|
| <i>tiadylt er (er 120 mg cap er 24h, er 180 mg cap er 24h, er 240 mg cap er 24h, er 300 mg cap er 24h, er 360 mg cap er 24h, er 420 mg cap er 24h)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| VERAPAMIL HCL ER (ER 100 MG CAP ER 24H, ER 200 MG CAP ER 24H, ER 300 MG CAP ER 24H, ER 360 MG CAP ER 24H) | NIVEL 4 | |
| <i>verapamil hcl er (er 120 mg cap er 24h, er 120 mg tab er, er 180 mg cap er 24h, er 180 mg tab er, er 240 mg cap er 24h, er 240 mg tab er)</i> | NIVEL 2 | |

CARDIOVASCULARES, OTROS

| | | |
|--|---------|--|
| <i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>amlodipine besy-benazepril hcl (2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap, 10-20 mg cap, 10-40 mg cap)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>amlodipine besylate-valsartan (5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab, 10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>amlodipine-valsartan-hctz (5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab, 10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB) | NIVEL 1 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|---------------------------|
| CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION | NIVEL 4 | PA, QL (20 PER 1 DAYS) |
| <i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| ENTRESTO (24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB) | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| ENTRESTO (6-6 MG CAP SPRINK, 15-16 MG CAP SPRINK) | NIVEL 3 | QL (8 PER 1 DAYS) |
| <i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>isosorb dinitrate-hydralazine 20-37.5 mg tab</i> | NIVEL 4 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i> | NIVEL 4 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>losartan potassium-hctz (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE (250-15 MG TAB, 250-25 MG TAB) | NIVEL 3 | |
| <i>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>metyrosine 250 mg cap</i> | NIVEL 5 | |
| <i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i> | NIVEL 2 | |
| PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB) | NIVEL 2 | |
| <i>quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>ranolazine er (er 500 mg tab er 12h, er 1000 mg tab er 12h)</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|---------------------------|
| TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (ER 1-240 MG TAB ER, ER 2-180 MG TAB ER, ER 2-240 MG TAB ER, ER 4-240 MG TAB ER) | NIVEL 1 | |
| triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab) | NIVEL 1 | |
| valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab) | NIVEL 1 | |
| VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB) | NIVEL 4 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |

DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO

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

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

| | | |
|--|---------|--|
| atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab) | NIVEL 1 | |
| fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap) | NIVEL 1 | |
| 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 (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab) | NIVEL 1 | |
| simvastatin (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab) | NIVEL 1 | |

DISLIPIDÉMICOS, OTROS

| | | |
|--|---------|--|
| cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder) | NIVEL 3 | |
| cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder) | NIVEL 3 | |
| colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab) | NIVEL 4 | |
| colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet) | NIVEL 3 | |
| colestipol hcl 1 gm tab | NIVEL 2 | |

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

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

DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO

| | | |
|--|---------|--|
| <i>amiloride hcl 5 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |

DIURÉTICOS, ASA

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

DIURÉTICOS, TIAZIDAS

| | | |
|---|---------|--|
| <i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---------------------------|
| <i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |

INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)

| | | |
|--|---------|--|
| <i>benazepril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>captopril (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>quinapril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>ramipril (1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |

SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)

| | | |
|---|---------|-------------------|
| <i>FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)</i> | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)</i> | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |

VASODILADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA

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

VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS

| | | |
|---|---------|--|
| <i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>isosorbide mononitrate er (er 30 mg tab er 24h, er 60 mg tab er 24h, er 120 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 2 | |

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

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

DERMATOLÓGICOS

ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

| | | |
|--|---------|----|
| <i>acutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>adapalene 0.1 % cream</i> | NIVEL 4 | PA |
| <i>amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i> | NIVEL 4 | |
| <i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>clindamycin phos-benzoyl perox 1-5 % gel</i> | NIVEL 4 | |
| <i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel</i> | NIVEL 3 | |
| <i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>myorisan (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)</i> | NIVEL 4 | PA |
| <i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i> | NIVEL 4 | |

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

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

ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS

| | | |
|--|---------|-------------------------|
| <i>acyclovir 5 % ointment</i> | NIVEL 4 | PA, QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>ciclodan 8 % solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>ciclopirox 8 % solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>clindamycin phosphate (1 % gel, 1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)</i> | NIVEL 2 | |
| ERY 2 % PAD | NIVEL 3 | |
| <i>erythromycin 2 % gel</i> | NIVEL 4 | |
| <i>erythromycin 2 % solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>mupirocin 2 % ointment</i> | NIVEL 2 | |

DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

| | | |
|---|---------|--|
| <i>ala-cort (1 % cream, 2.5 % cream)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream</i> | NIVEL 2 | |
| <i>betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i> | NIVEL 4 | |
| <i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i> | NIVEL 4 | |
| <i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>desoximetasone (0.25 % cream, 0.25 % ointment)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i> | NIVEL 4 | |
| <i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i> | NIVEL 4 | |

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

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

DERMATOLÓGICOS, OTROS

| | | |
|--|---------|---------------------------|
| <i>alcohol wipes 70 % misc</i> | NIVEL 2 | |
| <i>calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment, 0.005 % solution)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>calcitrene 0.005 % ointment</i> | NIVEL 3 | |
| CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT | NIVEL 4 | QL (800 PER 28 OVER TIME) |
| <i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream</i> | NIVEL 2 | |
| <i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion</i> | NIVEL 4 | |
| <i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i> | NIVEL 2 | |
| <i>fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>fluorouracil 5 % cream</i> | NIVEL 3 | |
| <i>imiquimod 5 % cream</i> | NIVEL 2 | QL (24 PER 30 DAYS) |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---|
| <i>isopropyl alcohol 70 % misc</i> | NIVEL 2 | |
| <i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i> | NIVEL 2 | |
| <i>medpura alcohol pads 70 % misc</i> | NIVEL 2 | |
| <i>methoxsalen rapid 10 mg cap</i> | NIVEL 5 | |
| <i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i> | NIVEL 4 | |
| OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB) | NIVEL 5 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>podofilox 0.5 % solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>qc alcohol 70 % misc</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i> | NIVEL 2 | |
| SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT | NIVEL 4 | QL (180 PER 30 DAYS) |
| <i>silver sulfadiazine 1 % cream</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ssd 1 % cream</i> | NIVEL 2 | |
| TOLAK 4 % CREAM | NIVEL 3 | |
| VALCHLOR 0.016 % GEL | NIVEL 5 | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS

| | |
|-------------------------------|---------|
| <i>malathion 0.5 % lotion</i> | NIVEL 4 |
| <i>permethrin 5 % cream</i> | NIVEL 2 |

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES

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

QUELANTES DE POTASIO

| | |
|---|---------|
| <i>kionex 15 gm/60ml suspension</i> | NIVEL 2 |
| LOKELMA (5 GM PACKET, 10 GM PACKET) | NIVEL 3 |
| <i>sodium polystyrene sulfonate powder</i> | NIVEL 2 |
| SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION, SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION) | NIVEL 2 |

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

SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES

| | | |
|--|---------|--|
| <i>dextrose (5 % solution, 10 % solution)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i> | NIVEL 4 | |
| DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION | NIVEL 4 | |
| <i>dextrose-sodium chloride (2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution, 5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution, 10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%- % solution, 20-5-0.225 meq/l-%- % solution, 20-5-0.45 meq/l-%- % solution, 20-5-0.9 meq/l-%- % solution, 40-5-0.9 meq/l-%- % solution)</i> | NIVEL 4 | |
| KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION | NIVEL 4 | |
| <i>klor-con 10 10 meq tab er</i> | NIVEL 2 | |
| <i>klor-con 8 meq tab er</i> | NIVEL 2 | |
| <i>klor-con m10 10 meq tab er</i> | NIVEL 2 | |
| <i>klor-con m15 15 meq tab er</i> | NIVEL 2 | |
| <i>klor-con m20 20 meq tab er</i> | NIVEL 2 | |
| <i>lactated ringers solution</i> | NIVEL 4 | |
| <i>magnesium sulfate 50 % solution</i> | NIVEL 4 | |
| <i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i> | NIVEL 2 | |
| NORMOSOL-M IN D5W SOLUTION | NIVEL 4 | |
| <i>potassium chloride (2 meq/ml solution, 10 % solution, 10 meq/100ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/100ml solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>potassium chloride crys er (crys er 10 tab er, crys er 15 tab er, crys er 20 tab er)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>potassium chloride er (er 8 cap er, er 8 tab er, er 10 cap er, er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i> | NIVEL 4 | |
| <i>potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)</i> | NIVEL 3 | |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|--------------------------------|
| PREMASOL 10 % SOLUTION | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>prenatal vitamins</i> | NIVEL 3 | |
| <i>ringers solution</i> | NIVEL 4 | |
| <i>sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i> | NIVEL 4 | |
| <i>sodium fluoride (0.55 (0.25 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, 2.2 (1 f) mg chew tab)</i> | NIVEL 2 | |
| TPN ELECTROLYTES CONC | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

AMINOSALICILATOS

| | | |
|--|---------|-------------------|
| <i>balsalazide disodium 750 mg cap</i> | NIVEL 3 | |
| DIPENTUM 250 MG CAP | NIVEL 5 | PA |
| <i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i> | NIVEL 4 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>mesalamine 1000 mg suppos</i> | NIVEL 4 | |
| <i>mesalamine 4 gm enema</i> | NIVEL 2 | |
| <i>mesalamine er 0.375 gm cap er 24h</i> | NIVEL 3 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i> | NIVEL 2 | |

GLUCOCORTICOIDES

| | | |
|--|---------|-----------------------|
| <i>budesonide 3 mg cp dr part</i> | NIVEL 4 | PA, QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>budesonide er 9 mg tab er 24h</i> | NIVEL 4 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| CORTIFOAM 10 % FOAM | NIVEL 4 | |
| <i>hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i> | NIVEL 3 | |

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

| | | |
|---|---------|--|
| <i>alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| ALENDRONATE SODIUM 5 MG TAB | NIVEL 2 | |
| <i>alendronate sodium 70 mg/75ml solution</i> | NIVEL 4 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|--|
| <i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i> | NIVEL 2 | QL (3.7 PER 30 DAYS) |
| <i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i> | NIVEL 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i> | NIVEL 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>doxercalciferol 4 mcg/2ml solution</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>ibandronate sodium 150 mg tab</i> | NIVEL 1 | |
| <i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR | NIVEL 4 | PA |
| <i>risedronate sodium (5 mg tab, 35 mg tab, 150 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 620 MCG/2.48ML SOLN PEN | NIVEL 5 | PA |
| TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN | NIVEL 5 | PA, QL (1.56 PER 28 DAYS) |
| XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION | NIVEL 5 | QL (1.7 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |

GASTROINTESTINALES

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)

| | | |
|--|---------|--|
| <i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP) | NIVEL 2 | |

ANTIDIARREICOS

| | | |
|--|---------|---------------------------|
| <i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i> | NIVEL 4 | PA |
| <i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID | NIVEL 4 | |
| <i>loperamide hcl 2 mg cap</i> | NIVEL 2 | |
| XERMELO 250 MG TAB | NIVEL 5 | PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS) |

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

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

ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES

| | | |
|---|---------|----|
| <i>atropine sulfate (0.5 mg/5ml soln prsy, 1 mg/10ml soln prsy)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)</i> | NIVEL 2 | PA |
| <i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution</i> | NIVEL 4 | PA |
| <i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |

ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL

| | | |
|---|---------|-------------------|
| <i>constulose 10 gm/15ml solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>enulose 10 gm/15ml solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i> | NIVEL 2 | |
| <i>generlac 10 gm/15ml solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i> | NIVEL 2 | |
| LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP) | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)</i> | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB) | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i> | NIVEL 3 | |
| NULYTELY LEMON-LIME 420 GM RECON SOLN | NIVEL 3 | |
| <i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i> | NIVEL 2 | |
| PLENVU 140 GM RECON SOLN | NIVEL 3 | |

GASTROINTESTINALES, OTROS

| | | |
|--|---------|----|
| <i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i> | NIVEL 4 | |
| GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN | NIVEL 2 | |
| <i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i> | NIVEL 2 | |
| GOLYTELY 236 GM RECON SOLN | NIVEL 3 | |
| OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART | NIVEL 5 | PA |
| <i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)</i> | NIVEL 3 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|-------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>ursodiol 300 mg cap</i> | NIVEL 4 | |

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

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

PROTECTORES

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

GENITOURINARIOS

ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS

| | | |
|--|---------|--------------------|
| <i>flavoxate hcl 100 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| GEMTESA 75 MG TAB | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H) | NIVEL 3 | |
| MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER | NIVEL 3 | QL (10 PER 1 DAYS) |
| <i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>oxybutynin chloride er (er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h, er 15 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>solifenacin succinate (5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i> | NIVEL 4 | ST |
| <i>tolterodine tartrate er (er 2 mg cap er 24h, er 4 mg cap er 24h)</i> | NIVEL 4 | ST |
| <i>tropium chloride 20 mg tab</i> | NIVEL 2 | |

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

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

GENITOURINARIOS, OTROS

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

HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

| | | |
|--|---------|-----------------------|
| <i>alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h</i> | NIVEL 2 | |
| <i>dutasteride 0.5 mg cap</i> | NIVEL 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>finasteride 5 mg tab</i> | NIVEL 1 | |
| <i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i> | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>tadalafil 2.5 mg tab</i> | NIVEL 4 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>tadalafil 5 mg tab</i> | NIVEL 4 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i> | NIVEL 1 | |

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

ANTICOAGULANTES

| | | |
|--|---------|---------------------------|
| <i>dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 150 mg cap)</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| ELIQUIS (2.5 MG TAB, 5 MG TAB) | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK | NIVEL 3 | QL (74 PER 180 OVER TIME) |
| <i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)</i> | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>enoxaparin sodium (80 mg/0.8ml soln prsyr, 120 mg/0.8ml soln prsyr)</i> | NIVEL 4 | QL (48 PER 30 DAYS) |
| <i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr</i> | NIVEL 4 | QL (18 PER 30 DAYS) |
| <i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr</i> | NIVEL 4 | QL (24 PER 30 DAYS) |
| <i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr</i> | NIVEL 4 | QL (36 PER 30 DAYS) |
| <i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i> | NIVEL 5 | QL (24 PER 30 DAYS) |
| <i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i> | NIVEL 4 | QL (15 PER 30 DAYS) |
| <i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i> | NIVEL 5 | QL (12 PER 30 DAYS) |
| <i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i> | NIVEL 5 | QL (18 PER 30 DAYS) |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|--------------------------------|
| <i>heparin sodium (porcine) ((porcine) 1000 unit/ml solution, (porcine) 5000 unit/ml solution, (porcine) 10000 unit/ml solution, (porcine) 20000 unit/ml solution)</i> | NIVEL 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i> | NIVEL 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>jantoven (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>warfarin sodium (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB) | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP | NIVEL 3 | QL (20 PER 1 DAYS) |
| XARELTO 2.5 MG TAB | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK | NIVEL 3 | QL (51 PER 180 OVER TIME) |

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS

| | | |
|--|---------|---------------------------|
| <i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i> | NIVEL 3 | |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) (FREE) 10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, (FREE) 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, (FREE) 25 MCG/ML SOLUTION, (FREE) 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, (FREE) 40 MCG/ML SOLUTION, (FREE) 60 MCG/ML SOLUTION, (FREE) 100 MCG/ML SOLUTION) | NIVEL 4 | PA |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) (FREE) 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, (FREE) 100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, (FREE) 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, (FREE) 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, (FREE) 200 MCG/ML SOLUTION, (FREE) 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR) | NIVEL 5 | PA |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR | NIVEL 5 | PA |
| NYVEPRIA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR | NIVEL 5 | PA |
| PROMACTA (12.5 MG PACKET, 12.5 MG TAB) | NIVEL 5 | PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| PROMACTA (25 MG TAB, 50 MG TAB) | NIVEL 5 | PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS) |
| PROMACTA 25 MG PACKET | NIVEL 5 | PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS) |
| PROMACTA 75 MG TAB | NIVEL 5 | PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS) |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|---------------------------|
| RETACRIT (2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION) | NIVEL 4 | PA |
| UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR) | NIVEL 5 | PA |
| ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR) | NIVEL 5 | PA |

HEMOSTÁTICOS

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

MODIFICADORES PLAQUETARIOS

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

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

| | | |
|--|---------|---------------------------|
| <i>cabergoline 0.5 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 MG/VIAL RECON SOLN | NIVEL 5 | |
| FIRMAGON 80 MG RECON SOLN | NIVEL 4 | |
| <i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i> | NIVEL 4 | |
| LUPRON DEPOT (1-MONTH) ((1-MONTH) 3.75 MG KIT, (1-MONTH) 7.5 MG KIT) | NIVEL 5 | |
| LUPRON DEPOT (3-MONTH) ((3-MONTH) 11.25 MG KIT, (3-MONTH) 22.5 MG KIT) | NIVEL 5 | |
| LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT | NIVEL 5 | |
| LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT | NIVEL 5 | |
| <i>mifepristone 300 mg tab</i> | NIVEL 5 | PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>octreotide acetate (50 mcg/ml soln prsy, 50 mcg/ml solution, 100 mcg/ml soln prsy, 100 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution)</i> | NIVEL 4 | PA |
| OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR | NIVEL 5 | PA |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---|
| ORGOVYX 120 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 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 (1 PER 1 DAYS) |
| SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION | NIVEL 5 | |
| TRELSTAR MIXJECT (3.75 MG RECON SUSP, 11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP) | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

| | | |
|--|---------|--------|
| <i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i> | NIVEL 4 | |
| <i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i> | NIVEL 4 | |
| <i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i> | NIVEL 4 | |
| <i>desmopressin acetate spray 0.01 % solution</i> | NIVEL 4 | |
| 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)

ANDRÓGENOS

| | | |
|---|---------|---------------------------|
| <i>danazol (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>testosterone (1.62 % gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)</i> | NIVEL 4 | PA, QL (150 PER 30 DAYS) |
| <i>testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)</i> | NIVEL 3 | PA, QL (300 PER 30 DAYS) |
| <i>testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel</i> | NIVEL 4 | PA, QL (37.5 PER 30 DAYS) |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|---------------------------|
| <i>testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i> | NIVEL 3 | |
| TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION | NIVEL 4 | QL (5 PER 30 DAYS) |

ESTRÓGENOS

| | | |
|---|---------|--|
| <i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>amethia 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| <i>amethia lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>ashlyna 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| <i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>camrese 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| <i>camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>cyclafem 1/35 1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|---------------------------|
| <i>cyclafem 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>daysee 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| <i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL | NIVEL 4 | |
| <i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i> | NIVEL 3 | QL (16 PER 28 DAYS) |
| <i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i> | NIVEL 3 | |
| <i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i> | NIVEL 3 | |
| <i>enpresse-28 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i> | NIVEL 3 | QL (16 PER 28 DAYS) |
| <i>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i> | NIVEL 3 | QL (8 PER 28 DAYS) |
| <i>estradiol (0.1 mg/gm cream, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>estradiol 10 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)</i> | NIVEL 4 | |
| ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING) | NIVEL 3 | QL (1 PER 84 OVER TIME) |
| <i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)</i> | NIVEL 3 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---------------------------|
| <i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i> | NIVEL 3 | |
| <i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i> | NIVEL 3 | |
| <i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>jaimiess 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| <i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i> | NIVEL 4 | |
| <i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>larissia 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---------------------------|
| <i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| <i>levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 tab, 0.15-30 tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>lillow 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>loryna 3-0.02 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>lutera 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i> | NIVEL 3 | QL (16 PER 28 DAYS) |
| <i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB) | NIVEL 4 | |
| <i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---------------------------|
| <i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>nikki 3-0.02 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i> | NIVEL 3 | |
| <i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 tab, 1.5-30 tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 tab, 1.5-30 tab)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>nymyo 0.25-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>ocella 3-0.03 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>orsythia 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| PREMARIN (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB) | NIVEL 4 | |
| PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM | NIVEL 3 | |
| <i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i> | NIVEL 3 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|---------------------------|
| <i>simpesse 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| <i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>syeda 3-0.03 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tri-lingah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tri-previfem 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>valtya 1/50 1-50 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB | NIVEL 3 | |
| <i>vestura 3-0.02 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i> | NIVEL 3 | |
| <i>yuvaferm 10 mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk</i> | NIVEL 3 | |
| <i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i> | NIVEL 3 | |

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

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

MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS

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

PROGESTINAS

| | | |
|--|---------|--------------------------------|
| <i>camila 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>deblitane 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR | NIVEL 3 | |
| <i>emzahh 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>errin 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>gallifrey 5 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>heather 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>incassia 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>jencycla 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD | NIVEL 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>lyleq 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>lyza 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i> | NIVEL 2 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| NEXPLANON 68 MG IMPLANT | NIVEL 3 | |
| <i>nora-be 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>norethindrone 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>norethindrone acetate 5 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>norlyda 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>norlyroc 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>sharobel 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tulana 0.35 mg tab</i> | NIVEL 3 | |

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

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

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

| | | |
|--|---------|--------------------------------|
| CORTISONE ACETATE 25 MG TAB | NIVEL 4 | |
| CORTROPHIN 80 UNIT/ML GEL | NIVEL 5 | PA, LA |
| <i>decadron (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR | NIVEL 4 | |
| <i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR | NIVEL 4 | |
| <i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>methylprednisolone (4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i> | NIVEL 4 | |
| <i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>prednisolone sodium phosphate (6.7 (5 base) mg/5ml solution, 15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>prednisone (1 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC | NIVEL 3 | |

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

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

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

| | |
|---|---------|
| <i>euthyrox (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)</i> | NIVEL 1 |
|---|---------|

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

| | |
|--|---------|
| <i>levothyroxine sodium (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)</i> | NIVEL 1 |
|--|---------|

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

| | |
|--|---------|
| <i>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i> | NIVEL 2 |
|--|---------|

| | |
|--|---------|
| SYNTHROID (25 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB, 100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 300 MCG TAB) | NIVEL 3 |
|--|---------|

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

HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

ANTITIROIDEOS

| | |
|--|---------|
| <i>methimazole (5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 2 |
|--|---------|

| | |
|-----------------------------------|---------|
| <i>propylthiouracil 50 mg tab</i> | NIVEL 2 |
|-----------------------------------|---------|

INMUNOLÓGICOS

ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL

| | | |
|---|---------|--------|
| HAEGARDA (2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN) | NIVEL 5 | PA, LA |
|---|---------|--------|

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|------------------------------|
| <i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsy</i> | NIVEL 5 | PA, QL (36 PER 60 OVER TIME) |
| <i>sajazir 30 mg/3ml soln prsy</i> | NIVEL 5 | PA, QL (36 PER 60 OVER TIME) |

INMUNOESTIMULANTES

| | | |
|----------------------------------|---------|--|
| ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION | NIVEL 5 | LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR | NIVEL 5 | LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR | NIVEL 5 | PA, QL (2 PER 30 DAYS) |
| PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION | NIVEL 5 | PA, QL (4 PER 30 DAYS) |

INMUNOGLOBULINAS

| | | |
|---|---------|--------|
| GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION) | NIVEL 5 | PA |
| HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION) | NIVEL 5 | PA, LA |

INMUNOLÓGICOS, OTROS

| | | |
|---|---------|---|
| ARCALYST 220 MG RECON SOLN | NIVEL 5 | PA, LA |
| BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR) | NIVEL 5 | PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS) |
| COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML SOLN PRSYR | NIVEL 5 | PA, LA |
| COSENTYX (75 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 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 (100 MG/0.67ML SOLN PRSYR, 200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR) | NIVEL 5 | PA |
| OTEZLA (4 X 10 51 X20 MG TAB THPK, 10 20 30 MG TAB THPK) | NIVEL 5 | PA, QL (55 PER 28 OVER TIME) |
| REZUROCK 200 MG TAB | NIVEL 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|--------------------------------|
| RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H) | NIVEL 5 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| RINVOQ 45 MG TAB ER 24H | NIVEL 5 | PA, QL (168 PER 365 OVER TIME) |
| RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION | NIVEL 5 | PA, QL (12 ML PER 1 DAYS) |
| SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREF SY KT | NIVEL 5 | PA, QL (6 PER 365 OVER TIME) |
| SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR | NIVEL 5 | PA, QL (6 PER 365 OVER TIME) |
| SKYRIZI 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 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) |
| STELARA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION) | NIVEL 5 | PA, QL (0.5 PER 28 DAYS) |
| STELARA 130 MG/26ML SOLUTION | NIVEL 5 | PA, QL (104 PER 365 OVER TIME) |
| STELARA 90 MG/ML SOLN PRSYR | NIVEL 5 | PA, QL (1 PER 28 DAYS) |
| XELJANZ (5 MG TAB, 10 MG TAB) | NIVEL 5 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION | NIVEL 5 | PA, QL (10 PER 1 DAYS) |
| XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H) | NIVEL 5 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| XOLAIR (300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR) | NIVEL 5 | PA, QL (8 PER 28 DAYS) |
| XOLAIR 150 MG/ML SOLN A-INJ | NIVEL 5 | PA, QL (2 PER 28 DAYS) |
| XOLAIR 150 MG/ML SOLN PRSYR | NIVEL 5 | PA, LA, QL (2 PER 28 DAYS) |
| XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ | NIVEL 5 | PA, QL (5 PER 28 DAYS) |
| XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR | NIVEL 5 | PA, LA, QL (5 PER 28 DAYS) |

INMUNOSUPRESORES

| | | |
|---|---------|--------------------------------|
| <i>azathioprine 50 mg tab</i> | NIVEL 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>cyclosporine (25 mg cap, 50 mg/ml solution, 100 mg cap)</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>cyclosporine modified (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i> | NIVEL 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| ENBREL (25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR) | NIVEL 5 | PA, QL (8 PER 28 DAYS) |
| 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) |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|--------------------------------|
| ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART | NIVEL 5 | PA, QL (8 PER 28 DAYS) |
| ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ | NIVEL 5 | PA, QL (8 PER 28 DAYS) |
| ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H) | NIVEL 4 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i> | NIVEL 5 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>gengraf (25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i> | NIVEL 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR | NIVEL 5 | PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS) |
| HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR | NIVEL 5 | PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS) |
| HADLIMA PUSH TOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ | NIVEL 5 | PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS) |
| HADLIMA PUSH TOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ | NIVEL 5 | PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS) |
| <i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| METHOTREXATE SODIUM (1 GM RECON SOLN, 50 MG/2ML SOLUTION, 250 MG/10ML SOLUTION) | NIVEL 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>methotrexate sodium (pf) ((pf) 1 gm/40ml solution, (pf) 50 mg/2ml solution, (pf) 250 mg/10ml solution, (pf) 1000 mg/40ml solution)</i> | NIVEL 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| <i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 500 mg recon soln)</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)</i> | NIVEL 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET) | NIVEL 4 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT | NIVEL 5 | PA, QL (4 EA PER 28 DAYS) |
| SIMLANDI (1 SYRINGE) 80 MG/0.8ML PREF SY KT | NIVEL 5 | PA, QL (2 PER 28 DAYS) |
| SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT | NIVEL 5 | PA, QL (4 EA PER 28 DAYS) |
| SIMLANDI (2 SYRINGE) 20 MG/0.2ML PREF SY KT | NIVEL 5 | PA, QL (2 PER 28 DAYS) |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|--------------------------------|
| SIMLANDI (2 SYRINGE) 40 MG/0.4ML PREF SY KT | NIVEL 5 | PA, QL (4 PER 28 DAYS) |
| <i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i> | NIVEL 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| TREXALL (5 MG TAB, 7.5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB) | NIVEL 4 | |
| XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION | NIVEL 4 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |

VACUNAS

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

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|-------------------------------------|
| KINRIX (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION) | NIVEL 3 | |
| M-M-R II RECON SOLN | NIVEL 3 | VAC |
| MENACTRA SOLUTION | NIVEL 3 | VAC |
| MENQUADFI SOLUTION | NIVEL 3 | VAC |
| MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION) | NIVEL 3 | VAC |
| MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR | NIVEL 3 | VAC |
| PEDIARIX SUSP PRSYR | NIVEL 3 | |
| PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION | 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 (5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION, 10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION) | NIVEL 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC |
| ROTARIX (RECON SUSP, SUSPENSION) | NIVEL 3 | |
| ROTATEQ SOLUTION | NIVEL 3 | |
| SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP | NIVEL 3 | QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC |
| TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION | NIVEL 3 | VAC |
| TENIVAC 5-2 LFU INJECTABLE | NIVEL 3 | VAC |
| TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR | NIVEL 3 | |
| TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR | NIVEL 3 | VAC |
| TRUMENBA SUSP PRSYR | NIVEL 3 | VAC |
| TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR | NIVEL 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC |
| TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION) | NIVEL 4 | VAC |
| VAQTA 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION | NIVEL 3 | |
| VAQTA 50 UNIT/ML SUSPENSION | NIVEL 3 | VAC |
| VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP | NIVEL 3 | VAC |
| VAXCHORA RECON SUSP | NIVEL 4 | VAC |
| VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR | NIVEL 4 | |
| YF-VAX INJECTABLE | NIVEL 4 | VAC |

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

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

MIORRELAJANTES

| | | |
|--|---------|-----------------------|
| <i>carisoprodol 350 mg tab</i> | NIVEL 2 | PA, QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 2 | PA |
| <i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i> | NIVEL 3 | PA |
| <i>vanadom 350 mg tab</i> | NIVEL 2 | PA, QL (4 PER 1 DAYS) |

OFTÁLMICOS

OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS

| | | |
|---------------------------------------|---------|--|
| <i>azelastine hcl 0.05 % solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>cromolyn sodium 4 % solution</i> | NIVEL 2 | |

OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS

| | | |
|--|---------|--------------------|
| BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT | NIVEL 4 | |
| <i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i> | NIVEL 2 | |
| GENTAK 0.3 % OINTMENT | NIVEL 2 | |
| <i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i> | NIVEL 2 | |
| LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION) | NIVEL 3 | |
| MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION | NIVEL 2 | |
| <i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i> | NIVEL 2 | |
| NATACYN 5 % SUSPENSION | NIVEL 3 | |
| <i>ofloxacin 0.3 % solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>sulfacetamide sodium (10 % ointment, 10 % solution)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>tobramycin 0.3 % solution</i> | NIVEL 2 | |
| TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION | NIVEL 3 | |
| ZIRGAN 0.15 % GEL | NIVEL 4 | QL (5 PER 30 DAYS) |

OFTÁLMICOS ANTIINFLAMATORIOS

| | | |
|---|---------|--|
| DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION | NIVEL 2 | |
| <i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i> | NIVEL 2 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---------------------------|
| <i>difluprednate 0.05 % emulsion</i> | NIVEL 4 | |
| <i>fluorometholone 0.1 % suspension</i> | NIVEL 2 | |
| FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION | NIVEL 2 | |
| FML 0.1 % OINTMENT | NIVEL 4 | |
| FML FORTE 0.25 % SUSPENSION | NIVEL 4 | |
| ILEVRO 0.3 % SUSPENSION | NIVEL 3 | QL (3 PER 30 DAYS) |
| <i>ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>loteprednol etabonate (0.2 % suspension, 0.5 % suspension)</i> | NIVEL 3 | |
| MAXIDEX 0.1 % SUSPENSION | NIVEL 4 | |
| <i>prednisolone acetate 1 % suspension</i> | NIVEL 2 | |
| PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION | NIVEL 2 | |

OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS

| | | |
|---|---------|------------------------|
| <i>bimatoprost 0.03 % solution</i> | NIVEL 4 | ST, QL (5 PER 30 DAYS) |
| <i>latanoprost 0.005 % solution</i> | NIVEL 1 | |
| LUMIGAN 0.01 % SOLUTION | NIVEL 3 | QL (5 PER 30 DAYS) |
| <i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i> | NIVEL 3 | QL (5 PER 30 DAYS) |
| VYZULTA 0.024 % SOLUTION | NIVEL 4 | |

OFTÁLMICOS BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

| | | |
|--|---------|--|
| <i>betaxolol hcl 0.5 % solution</i> | NIVEL 2 | |
| CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION | NIVEL 2 | |
| LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION | NIVEL 2 | |
| <i>timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)</i> | NIVEL 3 | |
| <i>timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)</i> | NIVEL 1 | |

OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS

| | | |
|---|---------|--|
| <i>acetazolamide er 500 mg cap er 12h</i> | NIVEL 2 | |
| <i>apraclonidine hcl 0.5 % solution</i> | NIVEL 3 | |
| <i>brimonidine tartrate 0.1 % solution</i> | NIVEL 3 | |
| <i>brimonidine tartrate 0.15 % solution</i> | NIVEL 4 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---------------------------|
| <i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>brinzolamide 1 % suspension</i> | NIVEL 3 | |
| <i>dorzolamide hcl 2 % solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)</i> | NIVEL 2 | |
| RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION | NIVEL 3 | QL (2.5 PER 25 DAYS) |
| SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION | NIVEL 3 | |

OFTÁLMICOS, OTROS

| | | |
|---|---------|----------------------|
| <i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i> | NIVEL 2 | |
| <i>atropine sulfate 1 % solution</i> | NIVEL 3 | |
| <i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i> | NIVEL 2 | |
| <i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment</i> | NIVEL 2 | |
| <i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i> | NIVEL 3 | |
| <i>dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i> | NIVEL 3 | |
| <i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i> | NIVEL 2 | |
| <i>neo-polycin hc 1 % ointment</i> | NIVEL 2 | |
| <i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>neomycin-polymyxin-dexameth (3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i> | NIVEL 2 | |
| NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION | NIVEL 2 | |
| NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION | NIVEL 4 | |
| <i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i> | NIVEL 2 | |
| RESTASIS 0.05 % EMULSION | NIVEL 3 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EMULSION | NIVEL 3 | QL (5.5 PER 30 DAYS) |
| ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION | NIVEL 4 | QL (2.5 PER 25 DAYS) |
| SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION | NIVEL 2 | |
| <i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i> | NIVEL 2 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|-------------------------------|--------------|---------------------------|
| XDEMVIY 0.25 % SOLUTION | NIVEL 5 | PA, QL (10 PER 30 DAYS) |
| XIIDRA 5 % SOLUTION | NIVEL 3 | |
| ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION | NIVEL 3 | |

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

ANTIDIABÉTICOS

| | | |
|---|---------|-----------------------|
| <i>acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>glipizide (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>glipizide er (er 2.5 mg tab er 24h, er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>glipizide xl (2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h, 10 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB) | NIVEL 1 | |
| <i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB) | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB) | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| JANUMET XR (50-500 MG TAB ER 24H, 100-1000 MG TAB ER 24H) | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB) | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB) | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB) | NIVEL 4 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>metformin hcl (500 mg tab, 850 mg tab, 1000 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>metformin hcl er (er 500 mg tab er 24h, er 750 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>miglitol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i> | NIVEL 4 | QL (3 PER 1 DAYS) |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|---------------------------|
| MOUNJARO (2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ) | NIVEL 3 | PA, QL (2 PER 28 DAYS) |
| <i>nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN | NIVEL 3 | PA, QL (3 PER 28 DAYS) |
| OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN | NIVEL 3 | PA, QL (3 PER 28 DAYS) |
| OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN | NIVEL 3 | PA, QL (3 PER 28 DAYS) |
| <i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)</i> | NIVEL 1 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>pioglitazone hcl-metformin hcl (-metformin 15-500 mg tab, -metformin 15-850 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| <i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i> | NIVEL 1 | |
| RYBELSUS (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB) | NIVEL 3 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| RYBELSUS (3 MG TAB, 7 MG TAB, 14 MG TAB) | NIVEL 3 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| SYNJARDY (5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB) | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| SYNJARDY XR (5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H) | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| TRADJENTA 5 MG TAB | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ) | NIVEL 3 | PA, QL (2 PER 28 DAYS) |
| XIGDUO XR (2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H) | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| XIGDUO XR (5-500 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H) | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |

GLUCÉMICOS

| | | |
|--------------------------------------|---------|-------------------------|
| BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER | NIVEL 3 | QL (2 PER 30 OVER TIME) |
| BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER | NIVEL 3 | QL (2 PER 30 OVER TIME) |
| <i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i> | NIVEL 5 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---------------------------------------|--------------|---------------------------|
| GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN | NIVEL 3 | QL (2 PER 2 OVER TIME) |
| <i>glucagon emergency 1 mg kit</i> | NIVEL 3 | QL (2 PER 2 OVER TIME) |
| GLUCAGON EMERGENCY 1 MG/ML RECON SOLN | NIVEL 3 | QL (2 PER 2 OVER TIME) |

INSULINAS

| | | |
|--|---------|-------------------------------------|
| HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART | NIVEL 3 | INS |
| HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN | NIVEL 3 | INS |
| HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN) | NIVEL 3 | INS |
| HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN | NIVEL 3 | INS |
| HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION | NIVEL 3 | INS |
| HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN | NIVEL 3 | INS |
| HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION | NIVEL 3 | INS |
| HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN | NIVEL 3 | INS |
| HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION | NIVEL 3 | INS |
| HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN | NIVEL 3 | INS |
| HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION | NIVEL 3 | INS |
| HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION | NIVEL 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION, INS |
| HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN | NIVEL 3 | INS |
| INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN | NIVEL 3 | INS |
| INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION | NIVEL 3 | INS |
| INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN | NIVEL 3 | INS |
| INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN | NIVEL 3 | INS |
| LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION | NIVEL 3 | QL (40 PER 30 DAYS), INS |
| LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN | NIVEL 3 | QL (45 PER 30 DAYS), INS |
| TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN | NIVEL 3 | QL (18 PER 28 DAYS), INS |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|---------------------------|
| TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN | NIVEL 3 | QL (18 PER 28 DAYS), INS |
| TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS), INS |
| TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS), INS |
| TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN | NIVEL 3 | QL (27 PER 30 DAYS), INS |

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA

| | | |
|--|---------|---------------------------|
| BETASERON 0.3 MG KIT | NIVEL 5 | PA, QL (15 PER 30 DAYS) |
| <i>dalfampridine er 10 mg tab er 12h</i> | NIVEL 3 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)</i> | NIVEL 5 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk</i> | NIVEL 5 | PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i> | NIVEL 5 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr</i> | NIVEL 5 | PA, QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr</i> | NIVEL 5 | PA, QL (12 PER 28 DAYS) |
| <i>glatopa 20 mg/ml soln prsyr</i> | NIVEL 5 | PA, QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>glatopa 40 mg/ml soln prsyr</i> | NIVEL 5 | PA, QL (12 PER 28 DAYS) |
| <i>teriflunomide (7 mg tab, 14 mg tab)</i> | NIVEL 4 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |

FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

| | | |
|--|---------|---|
| DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR | NIVEL 4 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR | NIVEL 4 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP DR | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP DR | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>duloxetine hcl (20 mg cp dr part, 60 mg cp dr part)</i> | NIVEL 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i> | NIVEL 2 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i> | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---------------------------|
| <i>pregabalin (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)</i> | NIVEL 3 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>pregabalin 20 mg/ml solution</i> | NIVEL 3 | QL (30 PER 1 DAYS) |

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL

| | | |
|--|---------|-----------------------------------|
| <i>bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab</i> | NIVEL 3 | PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab</i> | NIVEL 3 | PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>riluzole 50 mg tab</i> | NIVEL 3 | |
| <i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i> | NIVEL 5 | PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS) |
| <i>tetrabenazine 25 mg tab</i> | NIVEL 5 | PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS) |
| VEOZAH 45 MG TAB | NIVEL 4 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |

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

| | | |
|--|---------|-------------------|
| <i>amphetamine-dextroamphet er (er 5 mg cap er 24h, er 10 mg cap er 24h, er 15 mg cap er 24h, er 20 mg cap er 24h, er 25 mg cap er 24h, er 30 mg cap er 24h)</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>amphetamine-dextroamphetamine (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab)</i> | NIVEL 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (5 PER 1 DAYS) |
| <i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 4 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i> | NIVEL 4 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab</i> | NIVEL 4 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>dextroamphetamine sulfate 30 mg tab</i> | NIVEL 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>lisdexamfetamine dimesylate (10 mg cap, 10 mg chew tab, 20 mg cap, 20 mg chew tab, 30 mg cap, 30 mg chew tab, 40 mg cap, 40 mg chew tab, 50 mg cap, 50 mg chew tab, 60 mg cap, 60 mg chew tab, 70 mg cap)</i> | NIVEL 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |

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

| | | |
|--|---------|-------------------|
| <i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i> | NIVEL 3 | QL (4 PER 1 DAYS) |
|--|---------|-------------------|

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---------------------------|
| <i>atomoxetine hcl (60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)</i> | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i> | NIVEL 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>dexmethylphenidate hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>guanfacine hcl er (er 1 mg tab er 24h, er 2 mg tab er 24h, er 3 mg tab er 24h, er 4 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i> | NIVEL 4 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl 10 mg chew tab</i> | NIVEL 4 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl 10 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl 20 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (12 PER 1 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl er 10 mg tab er</i> | NIVEL 3 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl er 20 mg tab er</i> | NIVEL 3 | QL (3 PER 1 DAYS) |

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

| | |
|---|---------|
| ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC | NIVEL 3 |
| ALCOHOL 70% PADS | NIVEL 2 |
| ALCOHOL PREP PAD | NIVEL 2 |
| ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD | NIVEL 2 |
| ALCOHOL SWABS 70 % PAD | NIVEL 2 |
| ALCOHOL SWABSTICK PAD | NIVEL 2 |
| AQ INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC) | NIVEL 3 |
| AQINJECT PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC) | NIVEL 3 |
| <i>argyle sterile water solution</i> | NIVEL 2 |
| ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC | NIVEL 3 |
| ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC | NIVEL 3 |
| AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD | NIVEL 2 |
| AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC) | NIVEL 3 |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---------------------------|
| AUM PEN NEEDLE (PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC, PEN 33G 4 MISC, PEN 33G 5 MISC, PEN 33G 6 MISC) | NIVEL 3 | |
| BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC | NIVEL 3 | |
| BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC | NIVEL 3 | |
| BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM MISC | NIVEL 3 | |
| BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM MISC | NIVEL 3 | |
| BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM MISC | NIVEL 3 | |
| BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD | NIVEL 2 | |
| CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD | NIVEL 2 | |
| COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (15/64" 0.3 ML MISC, 15/64" 0.5 ML MISC, 15/64" 1 ML MISC) | NIVEL 3 | |
| COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (PEN 30G 8 MISC, PEN 31G 4 MISC, PEN 31G 5 MISC) | NIVEL 3 | |
| CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD | NIVEL 2 | |
| DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC | NIVEL 3 | |
| DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (SYRINGE/NEEDLE 29G 1/2" 1 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 0.3 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 0.5 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 1 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 0.3 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 0.5 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 1 ML MISC) | NIVEL 3 | |
| EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (1/2" 0.3 ML MISC, 5/16" 0.3 ML MISC) | NIVEL 3 | |
| EASY COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC) | NIVEL 3 | |
| EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM MISC | NIVEL 3 | |
| EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (U/F 1/2 15/64" 0.3 ML MISC, U/F 1/2 5/16" 0.3 ML MISC) | NIVEL 3 | |
| EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 (27G 5/8" 1 ML MISC, 28G 1/2" 1 ML MISC) | NIVEL 3 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|--------------------------------|
| EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (U/F 30G 1/2" 0.3 ML MISC, U/F 30G 1/2" 0.5 ML MISC, U/F 30G 1/2" 1 ML MISC, U/F 31G 15/64" 0.3 ML MISC, U/F 31G 15/64" 0.5 ML MISC, U/F 31G 15/64" 1 ML MISC, U/F 31G 5/16" 0.3 ML MISC, U/F 31G 5/16" 0.5 ML MISC, U/F 31G 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 (PEN U/F 29G 12.7MM MISC, PEN U/F 31G 5 MM MISC, PEN U/F 31G 8 MM MISC, PEN U/F 32G 6 MM MISC) | NIVEL 3 | |
| EMBRACE PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 5 MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC) | NIVEL 3 | |
| <i>gauze pads 2</i> | NIVEL 2 | |
| GNP PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 6 MISC) | NIVEL 3 | |
| INSULIN PEN NEEDLES | NIVEL 3 | |
| INSULIN PEN NEEDLES | NIVEL 3 | |
| INSULIN SYRINGE 0.3 ML | NIVEL 3 | |
| INSULIN SYRINGE 0.5 ML | NIVEL 3 | |
| INSULIN SYRINGE 1 ML | NIVEL 3 | |
| INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G 1/2" 0.5 ML MISC, 27G 1/2" 1 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC, 28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC) | NIVEL 3 | |
| INSUPEN PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC) | NIVEL 3 | |
| INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION) | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>lactated ringers solution</i> | NIVEL 2 | |
| <i>methergine 0.2 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| <i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i> | NIVEL 4 | |
| NOVOFINE 32G X 6 MM MISC | NIVEL 3 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|--------------------------------|
| NOVOTWIST 32G X 5 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 32G X 4 MM MISC | NIVEL 3 | |
| PEN NEEDLES (PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC) | NIVEL 3 | |
| PENBRAYA RECON SUSP | NIVEL 3 | VAC |
| PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC) | NIVEL 3 | |
| PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC) | NIVEL 3 | |
| QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC, PEN 32G 8 MISC, PEN 33G 4 MISC, PEN 33G 5 MISC, PEN 33G 6 MISC, PEN 33G 8 MISC) | NIVEL 3 | |
| <i>ringers irrigation solution</i> | NIVEL 2 | |
| SECURESAFE INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC) | NIVEL 3 | |
| SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD | NIVEL 2 | |
| SMOFLIPID 20 % EMULSION | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>sterile water for irrigation solution</i> | NIVEL 2 | |
| SURE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC) | NIVEL 3 | |
| TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC | NIVEL 3 | |
| <i>tis-u-sol solution</i> | NIVEL 2 | |
| TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC, 32G 5/16" 1 ML MISC) | NIVEL 3 | |
| TRUE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC) | NIVEL 3 | |
| TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC | NIVEL 3 | |
| TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC) | NIVEL 3 | |
| ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 6 MISC) | NIVEL 3 | |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|-----------------------------|
| UNIFINE OTC PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC | NIVEL 3 | |
| UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (PEN 30G 5 MISC, PEN 30G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC) | NIVEL 3 | |
| UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC) | NIVEL 3 | |
| VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC) | NIVEL 3 | |
| VERIFINE INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC) | NIVEL 3 | |
| VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC) | NIVEL 3 | |
| VOWST CAP | NIVEL 5 | PA, LA, QL (12 PER 30 DAYS) |
| WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD | NIVEL 2 | |

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES

| | | |
|--|---------|---------------------------|
| ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB) | NIVEL 5 | PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>alyq 20 mg tab</i> | NIVEL 5 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)</i> | NIVEL 5 | PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>bosentan 125 mg tab</i> | NIVEL 5 | PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>bosentan 62.5 mg tab</i> | NIVEL 5 | PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS) |
| OPSUMIT 10 MG TAB | NIVEL 5 | PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp</i> | NIVEL 5 | PA, QL (12 PER 1 DAYS) |
| <i>sildenafil citrate 20 mg tab</i> | NIVEL 3 | PA, QL (12 PER 1 DAYS) |
| <i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i> | NIVEL 5 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| TRACLEER 32 MG TAB SOL | NIVEL 5 | PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS) |

ANTIHIISTAMÍNICOS

| | | |
|--|---------|---------------------|
| <i>azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)</i> | NIVEL 2 | QL (30 PER 25 DAYS) |
| <i>cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i> | NIVEL 3 | PA |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---------------------------|
| <i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i> | NIVEL 2 | PA |
| <i>hydroxyzine pamoate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i> | NIVEL 4 | PA |
| <i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i> | NIVEL 1 | |
| <i>promethazine hcl (6.25 mg/5ml solution, 12.5 mg/10ml solution)</i> | NIVEL 2 | PA |

ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR

| | | |
|---|---------|--------------------------------|
| ARNUITY ELLIPTA (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA) | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| PULMICORT FLEXHALER (90 MCG/ACT AER POW BA, 180 MCG/ACT AER POW BA) | NIVEL 3 | QL (2 PER 30 DAYS) |

ANTILEUCOTRIENOS

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

BRONCODILADORES, ANTICOLINÉRGICOS

| | | |
|--|---------|--------------------------------|
| ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN | NIVEL 4 | QL (25.8 PER 30 DAYS) |
| INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i> | NIVEL 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i> | NIVEL 2 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i> | NIVEL 2 | QL (45 PER 30 DAYS) |
| SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN) | NIVEL 3 | QL (4 PER 30 DAYS) |
| <i>tiotropium bromide monohydrate 18 mcg cap</i> | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |

BRONCODILADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS

| | | |
|---|---------|-----------------------|
| <i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i> | NIVEL 2 | QL (17 PER 30 DAYS) |
| <i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i> | NIVEL 2 | QL (13.4 PER 30 DAYS) |
| ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN) | NIVEL 2 | QL (36 PER 30 DAYS) |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|--------------------------------|
| ALBUTEROL SULFATE (0.63 MG/3ML NEBU SOLN, 1.25 MG/3ML NEBU SOLN, (2.5 MG/3ML) 0.083% NEBU SOLN, 2.5 MG/0.5ML NEBU SOLN, (5 MG/ML) 0.5% NEBU SOLN) | NIVEL 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)</i> | NIVEL 4 | |
| <i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i> | NIVEL 2 | QL (17 PER 30 DAYS) |
| <i>epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)</i> | NIVEL 3 | QL (24 PER 365 OVER TIME) |
| EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENALICK) | NIVEL 3 | QL (24 PER 365 OVER TIME) |
| <i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)</i> | NIVEL 4 | PA |
| LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA | NIVEL 3 | QL (60 PER 30 DAYS) |

ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS

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

FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA

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

FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

| | | |
|--|---------|--|
| KALYDECO (5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB) | NIVEL 5 | PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION | NIVEL 5 | QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i> | NIVEL 5 | PA, QL (224 PER 28 DAYS) |
| <i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i> | NIVEL 5 | PA, QL (280 PER 56 OVER TIME) |
| TRIKAFTA (50-25-37.5 75 MG TAB THPK, 100-50-75 150 MG TAB THPK) | NIVEL 5 | PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS) |

INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

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

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|---|--------------|---------------------------|
| <i>roflumilast 500 mcg tab</i> | NIVEL 4 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>theophylline er (er 100 mg tab er 12h, er 200 mg tab er 12h, er 300 mg tab er 12h, er 400 mg tab er 24h, er 450 mg tab er 12h, er 600 mg tab er 24h)</i> | NIVEL 3 | |

TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL

| | | |
|---|---------|--------------------------------|
| <i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i> | NIVEL 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| ADVAIR HFA (45-21 MCG/ACT AEROSOL, 115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL) | NIVEL 3 | QL (12 PER 30 DAYS) |
| ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA | NIVEL 3 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| BREO ELLIPTA (50-25 MCG/INH AER POW BA, 100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA) | NIVEL 3 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>breyndra (80-4.5 mcg/act aerosol, 160-4.5 mcg/act aerosol)</i> | NIVEL 3 | QL (10.3 PER 30 DAYS) |
| BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL | NIVEL 3 | QL (10.7 PER 30 DAYS) |
| <i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act aerosol, 160-4.5 mcg/act aerosol)</i> | NIVEL 3 | QL (10.2 PER 30 DAYS) |
| COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN | NIVEL 4 | QL (4 PER 30 DAYS) |
| <i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i> | NIVEL 2 | QL (50 PER 30 DAYS) |
| <i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i> | NIVEL 2 | QL (16 PER 30 DAYS) |
| <i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i> | NIVEL 2 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| FLUTICASONE-SALMETEROL (55-14 MCG/ACT AER POW BA, 113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA) | NIVEL 2 | QL (1 PER 30 DAYS) |
| <i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i> | NIVEL 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN | NIVEL 3 | |
| TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA) | NIVEL 3 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i> | NIVEL 2 | QL (60 PER 30 DAYS) |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LÍMITES |
|--|--------------|------------------------------------|
| ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION | NIVEL 5 | LA, PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>betaine powder</i> | NIVEL 5 | |
| <i>carglumic acid 200 mg tab sol</i> | NIVEL 5 | PA, LA |
| CREON (3000-9500 CP DR PART, 6000-19000 CP DR PART, 12000-38000 CP DR PART, 24000-76000 CP DR PART, 36000-114000 CP DR PART) | NIVEL 3 | |
| CYSTAGON (50 MG CAP, 150 MG CAP) | NIVEL 4 | PA, LA |
| CYSTARAN 0.44 % SOLUTION | NIVEL 5 | PA, LA, QL (60 PER 28 DAYS) |
| DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP) | NIVEL 3 | |
| ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION | NIVEL 5 | LA, PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>l-glutamine 5 gm packet</i> | NIVEL 5 | PA, QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>levocarnitine 330 mg tab</i> | NIVEL 2 | |
| NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION | NIVEL 5 | LA, PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i> | NIVEL 5 | PA |
| PROLASTIN-C 1000 MG RECON SOLN | NIVEL 5 | LA, PA - PART B VS D DETERMINATION |
| PROLASTIN-C 1000 MG/20ML SOLUTION | NIVEL 5 | LA, PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i> | NIVEL 5 | PA |
| <i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i> | NIVEL 5 | PA |

TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS

DORMIR, MEDICAMENTOS PARA

| | | |
|---|---------|-----------------------|
| <i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i> | NIVEL 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>ramelteon 8 mg tab</i> | NIVEL 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>tasimelteon 20 mg cap</i> | NIVEL 5 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>temazepam 15 mg cap</i> | NIVEL 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>temazepam 30 mg cap</i> | NIVEL 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |

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

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

EUGEROICOS

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

ÓTICOS

| | | |
|---|---------|--|
| <i>acetic acid 2 % solution</i> | NIVEL 2 | |
| CIPRO HC 0.2-1 % SUSPENSION | NIVEL 4 | |
| <i>ciprofloxacin hcl 0.2 % solution</i> | NIVEL 3 | |
| <i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i> | NIVEL 4 | |
| CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION | NIVEL 3 | |
| DERMOTIC 0.01 % OIL | NIVEL 3 | |
| <i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i> | NIVEL 3 | |
| <i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i> | NIVEL 2 | |
| <i>ofloxacin 0.3 % solution</i> | NIVEL 2 | |

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

Índice de medicamentos

A

| | | | |
|--|-------|--|----|
| abacavir sulfate | 41 | albuterol sulfate | 93 |
| abacavir sulfate-lamivudine | 41 | albuterol sulfate hfa | 93 |
| abacavir-lamivudine-zidovudine | 41 | alclometasone dipropionate | 53 |
| ABELCET | 20 | ALCOHOL 70% PADS | 87 |
| ABILIFY ASIMTUFII | 36 | ALCOHOL PREP | 87 |
| ABILIFY MAINTENA | 36 | ALCOHOL PREP PADS | 87 |
| abiraterone acetate | 23 | ALCOHOL SWABS | 87 |
| ABRYSVO | 77 | ALCOHOL SWABSTICK | 87 |
| acamprosate calcium | 6 | alcohol wipes | 54 |
| acarbose | 82 | ALDURAZYME | 95 |
| accutane | 52 | ALECENSA | 25 |
| acebutolol hcl | 45 | alendronate sodium | 57 |
| acetaminophen-codeine | 1 | ALENDRONATE SODIUM | 57 |
| acetazolamide | 47 | alfuzosin hcl er | 61 |
| acetazolamide er | 80 | aliskiren fumarate | 47 |
| acetic acid | 96 | allopurinol | 21 |
| acetylcysteine | 94 | alosetron hcl | 58 |
| acitretin | 52 | alprazolam | 4 |
| ACTHIB | 77 | alprazolam er | 4 |
| ACTIMMUNE | 74 | alprazolam xr | 4 |
| acyclovir | 39,53 | altavera | 65 |
| acyclovir sodium | 39 | ALUNBRIG | 25 |
| ADACEL | 77 | alyacen 1/35 | 65 |
| adapalene | 52 | alyacen 7/7/7 | 65 |
| adefovir dipivoxil | 39 | alyq | 91 |
| ADEMPAS | 91 | amantadine hcl | 34 |
| ADVAIR HFA | 94 | ambrisentan | 91 |
| ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE | 87 | amethia | 65 |
| afirmelle | 65 | amethia lo | 65 |
| AIMOVIG | 21 | amikacin sulfate | 6 |
| ak-poly-bac | 81 | amiloride hcl | 50 |
| AKEEGA | 24 | amiloride-hydrochlorothiazide | 47 |
| ala-cort | 53 | amiodarone hcl | 44 |
| albendazole | 33 | amitriptyline hcl | 18 |
| albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair) | 92 | amlodipine besy-benazepril hcl | 47 |
| albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil) | 92 | amlodipine besylate | 45 |
| ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN) | 92 | amlodipine besylate-valsartan | 47 |
| ALBUTEROL SULFATE | 93 | amlodipine-atorvastatin | 47 |
| | | amlodipine-olmesartan | 47 |
| | | amlodipine-valsartan-hctz | 47 |
| | | ammonium lactate | 53 |

| | | | |
|--------------------------------|----|--------------------------------|-------|
| amnesteam | 52 | atomoxetine hcl | 86,87 |
| amoxapine | 18 | atorvastatin calcium | 49 |
| amoxicillin | 9 | atovaquone | 33 |
| amoxicillin-pot clavulanate | 9 | atovaquone-proguanil hcl | 33 |
| AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER | 9 | atropine sulfate | 59,81 |
| amphetamine-dextroamphet er | 86 | ATROVENT HFA | 92 |
| amphetamine-dextroamphetamine | 86 | aubra | 65 |
| AMPHOTERICIN B | 20 | aubra eq | 65 |
| ampicillin | 9 | AUGTYRO | 24 |
| ampicillin sodium | 9 | AUM ALCOHOL PREP PADS | 87 |
| ampicillin-sulbactam sodium | 9 | AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE | 87 |
| anagrelide hcl | 62 | AUM PEN NEEDLE | 88 |
| anastrozole | 25 | aurovela 1.5/30 | 65 |
| ANORO ELLIPTA | 94 | aurovela 1/20 | 65 |
| apomorphine hcl | 34 | aurovela fe 1.5/30 | 65 |
| apraclonidine hcl | 80 | aurovela fe 1/20 | 65 |
| aprepitant | 19 | AUVELITY | 16 |
| apri | 65 | aviane | 65 |
| APTIOM | 13 | avidoxy | 11 |
| APTIVUS | 40 | ayuna | 65 |
| AQ INSULIN SYRINGE | 87 | AYVAKIT | 25 |
| AQINJECT PEN NEEDLE | 87 | azathioprine | 75 |
| aranelle | 65 | AZATHIOPRINE SODIUM | 75 |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) | 62 | azelastine hcl | 79,91 |
| ARCALYST | 74 | azithromycin | 10 |
| AREXVY | 77 | AZITHROMYCIN | 10 |
| argyle sterile water | 87 | aztreonam | 6 |
| ARIKAYCE | 6 | azurette | 65 |
| aripiprazole | 36 | | |
| ARISTADA | 36 | B | |
| ARISTADA INITIO | 36 | bac (butalbital-acetamin-caff) | 86 |
| armodafinil | 96 | bacitra-neomycin-polymyxin-hc | 81 |
| ARNUIITY ELLIPTA | 92 | BACITRACIN | 79 |
| asenapine maleate | 36 | bacitracin-polymyxin b | 81 |
| ashlyna | 65 | baclofen | 19 |
| aspirin-dipyridamole er | 63 | balsalazide disodium | 57 |
| ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES | 87 | BALVERSA | 25 |
| ASSURE ID PRO PEN NEEDLES | 87 | balziva | 65 |
| atazanavir sulfate | 40 | BAQSIMI ONE PACK | 83 |
| atenolol | 45 | BAQSIMI TWO PACK | 83 |
| atenolol-chlorthalidone | 47 | BARACLUDE | 39 |

| | | | |
|--|-------|--|-------|
| BCG VACCINE | 77 | BREO ELLIPTA | 94 |
| BD INSULIN SYRINGE | 88 | breyna | 94 |
| BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC88 | | BREZTRI AEROSPHERE | 94 |
| BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM | | briellyn | 65 |
| MISC | 88 | BRILINTA | 63 |
| BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM | | brimonidine tartrate | 80,81 |
| MISC | 88 | brimonidine tartrate-timolol | 81 |
| BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM | | brinzolamide | 81 |
| MISC | 88 | BRIVIACT | 12 |
| benazepril hcl | 51 | bromocriptine mesylate | 34 |
| benazepril-hydrochlorothiazide | 47 | BRUKINSA | 26 |
| BENLYSTA | 74 | budesonide | 57,92 |
| BENZNIDAZOLE | 33 | budesonide er | 57 |
| benzoyl peroxide-erythromycin | 52 | budesonide-formoterol fumarate | 94 |
| benztropine mesylate | 34 | bumetanide | 50 |
| BESIVANCE | 10 | buprenorphine | 2 |
| BESREMI | 74 | buprenorphine hcl | 5 |
| betaine | 95 | buprenorphine hcl-naloxone hcl | 5 |
| betamethasone dipropionate | 53 | bupropion hcl | 16 |
| betamethasone dipropionate aug | 53 | bupropion hcl er (smoking det) | 5 |
| betamethasone valerate | 53 | bupropion hcl er (sr) | 16 |
| BETASERON | 85 | bupropion hcl er (xl) | 16 |
| betaxolol hcl | 45,80 | bupirone hcl | 4 |
| bethanechol chloride | 61 | butalbital-apap-caffeine | 86 |
| bexarotene | 33 | butalbital-aspirin-caffeine | 2 |
| BEXSERO | 77 | BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE | 2 |
| bicalutamide | 23 | butorphanol tartrate | 1 |
| BICILLIN C-R | 9 | | |
| BICILLIN C-R 900/300 | 9 | C | |
| BICILLIN L-A | 9 | CABENUVA | 42 |
| BIKTARVY | 39 | cabergoline | 63 |
| bimatoprost | 80 | CABOMETYX | 26 |
| BIOGUARD GAUZE SPONGES | 88 | calcipotriene | 54 |
| bisoprolol fumarate | 45 | calcitonin (salmon) | 58 |
| bisoprolol-hydrochlorothiazide | 47 | calcitrene | 54 |
| blisovi fe 1.5/30 | 65 | CALCITRIOL | 54,58 |
| blisovi fe 1/20 | 65 | calcitriol | 58 |
| BOOSTRIX | 77 | CALQUENCE | 26 |
| bosentan | 91 | camila | 71 |
| BOSULIF | 25,26 | camrese | 65 |
| BRAFTOVI | 26 | camrese lo | 65 |

| | | | |
|---|-----|--|-------|
| candesartan cilexetil | 44 | chateal | 65 |
| candesartan cilexetil-hctz | 47 | chateal eq | 65 |
| CAPLYTA | 36 | CHEMET | 55 |
| CAPRELSA | 26 | chlorhexidine gluconate | 43 |
| captopril | 51 | chloroquine phosphate | 33 |
| CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE | 47 | chlorpromazine hcl | 35 |
| carbamazepine | 13 | chlorthalidone | 50 |
| carbamazepine er | 13 | cholestyramine | 49 |
| carbidopa | 35 | cholestyramine light | 49 |
| carbidopa-levodopa | 35 | ciclodan | 53 |
| carbidopa-levodopa er | 35 | ciclopirox | 53 |
| carbidopa-levodopa-entacapone | 34 | ciclopirox olamine | 53 |
| CARETOUCH ALCOHOL PREP | 88 | cilostazol | 63 |
| carglumic acid | 95 | CILOXAN | 11 |
| carisoprodol | 79 | CIMDUO | 41 |
| CARTEOLOL HCL | 80 | cimetidine | 58 |
| cartia xt | 46 | cinacalcet hcl | 58 |
| carvedilol | 45 | CIPRO HC | 96 |
| carvedilol phosphate er | 45 | ciprofloxacin | 11 |
| caspofungin acetate | 20 | ciprofloxacin hcl | 11,96 |
| cataflam | 2 | ciprofloxacin in d5w | 11 |
| CAYSTON | 6 | ciprofloxacin-dexamethasone | 96 |
| caziant | 65 | citalopram hydrobromide | 17 |
| CEFACLOR | 8 | claravis | 52 |
| cefadroxil | 8 | CLARITHROMYCIN | 10 |
| cefazolin sodium | 8 | clarithromycin | 10 |
| cefdinir | 8 | clarithromycin er | 10 |
| CEFEPIME HCL | 8 | clindamycin hcl | 6 |
| cefixime | 8 | clindamycin palmitate hcl | 6 |
| cefotetan disodium | 8 | clindamycin phos-benzoyl perox | 52 |
| cefoxitin sodium | 8 | clindamycin phosphate | 6,53 |
| cefpodoxime proxetil | 8 | clindamycin phosphate in d5w | 6 |
| cefprozil | 8 | CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL | 7 |
| ceftazidime | 8 | clobazam | 14 |
| ceftriaxone sodium | 8 | clobetasol prop emollient base | 53 |
| cefuroxime axetil | 8 | clobetasol propionate | 53 |
| cefuroxime sodium | 8 | clobetasol propionate e | 53 |
| celecoxib | 2,3 | clomipramine hcl | 18 |
| cephalexin | 8 | clonazepam | 4 |
| cetirizine hcl | 91 | clonidine | 43 |
| cevimeline hcl | 43 | clonidine hcl | 43 |

| | | | |
|------------------------------|----------|-------------------------------|----|
| clopidogrel bisulfate | 63 | cvs isopropyl alcohol wipes | 54 |
| clorazepate dipotassium | 5 | cyclafem 1/35 | 65 |
| clotrimazole | 20 | cyclafem 7/7/7 | 66 |
| clotrimazole-betamethasone | 54 | cyclobenzaprine hcl | 79 |
| clovique | 55 | CYCLOPHOSPHAMIDE | 22 |
| clozapine | 36 | cyclosporine | 75 |
| COARTEM | 33 | cyclosporine modified | 75 |
| COBENFY | 35 | cyproheptadine hcl | 91 |
| COBENFY STARTER PACK | 35 | cyred | 66 |
| CODEINE SULFATE | 1 | cyred eq | 66 |
| codeine sulfate | 1 | CYSTAGON | 95 |
| colchicine | 21 | CYSTARAN | 95 |
| colchicine-probenecid | 21 | | |
| colesevelam hcl | 49 | D | |
| colestipol hcl | 49 | dabigatran etexilate mesylate | 61 |
| colistimethate sodium (cba) | 7 | dalfampridine er | 85 |
| COMBIVENT RESPIMAT | 94 | danazol | 64 |
| COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) | 26 | dantrolene sodium | 19 |
| COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) | 26 | dapsone | 22 |
| COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) | 26 | DAPTACEL | 77 |
| COMFORT EZ INSULIN SYRINGE | 88 | daptomycin | 7 |
| COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES | 88 | darunavir | 40 |
| COMPLERA | 41 | dasatinib | 26 |
| compro | 18 | dasetta 1/35 | 66 |
| constulose | 59 | dasetta 7/7/7 | 66 |
| COPIKTRA | 26 | DAURISMO | 26 |
| CORLANOR | 48 | daysee | 66 |
| CORTIFOAM | 57 | deblitane | 71 |
| CORTISONE ACETATE | 72 | decadron | 72 |
| CORTISPORIN-TC | 96 | deferasirox | 55 |
| CORTROPHIN | 72 | DELSTRIGO | 41 |
| COSENTYX | 74 | delyla | 66 |
| COSENTYX (300 MG DOSE) | 74 | DENGVAXIA | 77 |
| COSENTYX SENSOREADY (300 MG) | 74 | DEPO-ESTRADIOL | 66 |
| COSENTYX SENSOREADY PEN | 74 | DEPO-SUBQ PROVERA 104 | 71 |
| COSENTYX UNOREADY | 74 | depo-testosterone | 64 |
| COTELLIC | 26 | DERMOTIC | 96 |
| CREON | 95 | DESCOVY | 41 |
| cromolyn sodium | 59,79,93 | desipramine hcl | 18 |
| cryselle-28 | 65 | desmopressin ace spray refrig | 64 |
| CVS ALCOHOL PREP PADS | 88 | desmopressin acetate | 64 |

| | | | |
|---|-------|--|----|
| desmopressin acetate pf..... | 64 | diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule | 46 |
| desmopressin acetate spray | 64 | diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule | 46 |
| desogestrel-ethinyl estradiol | 66 | diltiazem hcl er | 46 |
| desonide | 53 | diltiazem hcl er beads | 46 |
| desoximetasone | 53 | dimethyl fumarate | 85 |
| desvenlafaxine succinate er | 17 | dimethyl fumarate starter pack | 85 |
| dexamethasone | 72 | DIPENTUM | 57 |
| DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID | 72 | diphenoxylate-atropine | 58 |
| dexamethasone sod phosphate pf | 72 | DIPHENOXYLATE-ATROPINE | 58 |
| DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE | 72,79 | DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT | 77 |
| dexmethylphenidate hcl | 87 | dipyridamole | 63 |
| dextroamphetamine sulfate | 86 | disulfiram | 6 |
| dextrose | 56 | divalproex sodium | 12 |
| dextrose in lactated ringers | 56 | divalproex sodium er | 12 |
| DEXTROSE-NACL | 56 | dofetilide | 44 |
| dextrose-sodium chloride | 56 | donepezil hcl | 15 |
| DIACOMIT | 12 | donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg | 16 |
| diazepam | 5,14 | donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg | 16 |
| DIAZEPAM | 14 | dorzolamide hcl | 81 |
| diazepam intensol | 5 | dorzolamide hcl-timolol mal | 81 |
| diazoxide | 83 | dorzolamide hcl-timolol mal pf | 81 |
| diclofenac potassium | 3 | dotti | 66 |
| diclofenac sodium | 3,79 | DOVATO | 39 |
| diclofenac sodium er | 3 | doxazosin mesylate | 45 |
| dicloxacillin sodium | 9 | doxepin hcl | 18 |
| dicyclomine hcl | 59 | doxercalciferol | 58 |
| DIFICID | 10 | doxy 100 | 11 |
| diflunisal | 3 | doxycycline hyclate | 11 |
| difluprednate | 80 | doxycycline monohydrate | 11 |
| digitek | 44 | DRIZALMA SPRINKLE | 85 |
| digox | 44 | dronabinol | 19 |
| digoxin | 44 | DROPLET MICRON | 88 |
| dihydroergotamine mesylate | 21 | DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE | 88 |
| dilt-xr | 46 | drospirenone-ethinyl estradiol | 66 |
| diltiazem hcl | 46 | DROXIA | 95 |
| diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule | 46 | droxidopa | 43 |
| diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule | 46 | duloxetine hcl | 85 |
| diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule | 46 | | |

| | | | |
|-------------------------------------|-------|--|-------|
| DUPIXENT..... | 74 | enilloring..... | 66 |
| dutasteride..... | 61 | enoxaparin sodium..... | 61 |
| dutasteride-tamsulosin hcl..... | 61 | enpresse-28..... | 66 |
| E | | enskyce..... | 66 |
| e.e.s. 400..... | 10 | entacapone..... | 34 |
| EASY COMFORT INSULIN SYRINGE..... | 88 | entecavir..... | 39 |
| EASY COMFORT PEN NEEDLES..... | 88 | ENTRESTO..... | 48 |
| ec-naproxen..... | 3 | enulose..... | 59 |
| econazole nitrate..... | 20 | ENVARBUS XR..... | 76 |
| EDURANT..... | 41 | EPIDIOLEX..... | 12 |
| EFAVIRENZ..... | 41 | epinephrine..... | 93 |
| efavirenz..... | 41 | EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)..... | 93 |
| efavirenz-emtricitab-tenofo df..... | 41 | epitol..... | 13 |
| efavirenz-lamivudine-tenofovir..... | 41 | EPIVIR HBV..... | 39 |
| ELAPRASE..... | 95 | eplerenone..... | 50 |
| elinest..... | 66 | EPRONTIA..... | 12 |
| ELIQUIS..... | 61 | ERGOLOID MESYLATES..... | 15 |
| ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK..... | 61 | ERIVEDGE..... | 26 |
| eluryng..... | 66 | ERLEADA..... | 23 |
| EMBECTA AUTOSHIELD DUO..... | 88 | erlotinib hcl..... | 27 |
| EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT..... | 88 | errin..... | 71 |
| EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100..... | 88 | ertapenem sodium..... | 10 |
| EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F..... | 89 | ERY..... | 53 |
| EMBECTA PEN NEEDLE NANO..... | 89 | erythrocin lactobionate..... | 10 |
| EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN..... | 89 | erythromycin..... | 53,79 |
| EMBECTA PEN NEEDLE U/F..... | 89 | erythromycin base..... | 10 |
| EMBRACE PEN NEEDLES..... | 89 | erythromycin ethylsuccinate..... | 10 |
| emoquette..... | 66 | erythromycin lactobionate..... | 10 |
| EMSAM..... | 17 | escitalopram oxalate..... | 17 |
| emtricitabine..... | 41 | esomeprazole magnesium..... | 60 |
| emtricitabine-tenofovir df..... | 41,42 | estarylla..... | 66 |
| EMTRIVA..... | 42 | estradiol..... | 66 |
| emzahn..... | 71 | estradiol valerate..... | 66 |
| enalapril maleate..... | 51 | ESTRING..... | 66 |
| enalapril-hydrochlorothiazide..... | 48 | eszopiclone..... | 95 |
| ENBREL..... | 75 | ethambutol hcl..... | 22 |
| ENBREL MINI..... | 76 | ethosuximide..... | 15 |
| ENBREL SURECLICK..... | 76 | ethynodiol diac-eth estradiol..... | 66 |
| endocet..... | 1 | etodolac..... | 3 |
| ENGERIX-B..... | 77 | etodolac er..... | 3 |

| | | | |
|--|-------|--|-------|
| etonogestrel-ethinyl estradiol | 67 | fluocinolone acetonide scalp | 53 |
| etravirine | 41 | fluocinonide | 54 |
| euthyrox | 73 | fluocinonide emulsified base | 54 |
| everolimus | 27,76 | fluorometholone | 80 |
| EVOTAZ | 40 | fluorouracil | 54 |
| exemestane | 25 | fluoxetine hcl | 17 |
| ezetimibe | 50 | FLUOXETINE HCL | 17 |
| ezetimibe-simvastatin | 50 | fluphenazine decanoate | 35 |
| F | | FLUPHENAZINE HCL | 35 |
| falmina | 67 | FLURBIPROFEN | 3 |
| famciclovir | 39 | FLURBIPROFEN SODIUM | 80 |
| famotidine | 58 | FLUTAMIDE | 23 |
| FANAPT | 36 | fluticasone propionate | 54,94 |
| FANAPT TITRATION PACK | 37 | fluticasone-salmeterol | 94 |
| FARXIGA | 51 | FLUTICASON-SALMETEROL | 94 |
| febuxostat | 21 | fluvastatin sodium | 49 |
| feirza 1.5/30 | 67 | fluvastatin sodium er | 49 |
| felbamate | 12 | flvoxamine maleate | 17 |
| felodipine er | 46 | FML | 80 |
| femynor | 67 | FML FORTE | 80 |
| fenofibrate | 49 | fondaparinux sodium | 61 |
| fenofibrate micronized | 49 | fosamprenavir calcium | 40 |
| fenofibric acid | 49 | fosinopril sodium | 51 |
| fentanyl | 2 | fosinopril sodium-hctz | 48 |
| FETZIMA | 17 | FOTIVDA | 27 |
| FETZIMA TITRATION | 17 | FRUZAQLA | 24 |
| finasteride | 61 | fulvestrant | 23 |
| fingolimod hcl | 85 | furosemide | 50 |
| FINTEPLA | 12 | FUROSEMIDE | 50 |
| FIRMAGON | 63 | FUZEON | 42 |
| FIRMAGON (240 MG DOSE) | 63 | fyavolv | 67 |
| flavoxate hcl | 60 | FYCOMPA | 12 |
| flecainide acetate | 44 | G | |
| fluconazole | 20 | gabapentin | 14 |
| fluconazole in sodium chloride | 20 | galantamine hydrobromide | 16 |
| flucytosine | 20 | GALANTAMINE HYDROBROMIDE | 16 |
| fludrocortisone acetate | 72 | galantamine hydrobromide er | 16 |
| flunisolide | 94 | gallifrey | 71 |
| fluocinolone acetonide | 53 | GAMUNEX-C | 74 |
| fluocinolone acetonide body | 53 | GARDASIL 9 | 77 |

| | | | |
|-----------------------------|------|--------------------------------|-------|
| gauze pads 2 | 89 | HAEGARDA | 73 |
| GAVILYTE-C | 59 | hailey 1.5/30 | 67 |
| gavilyte-g | 59 | hailey fe 1.5/30 | 67 |
| gavilyte-n with flavor pack | 59 | hailey fe 1/20 | 67 |
| GAVRETO | 27 | halobetasol propionate | 54 |
| gefitinib | 27 | haloette | 67 |
| gemfibrozil | 49 | haloperidol | 35 |
| GEMTESA | 60 | haloperidol decanoate | 35 |
| generlac | 59 | haloperidol lactate | 35 |
| gengraf | 76 | HAVRIX | 77 |
| GENTAK | 79 | heather | 71 |
| gentamicin sulfate | 6,79 | HEMADY | 25 |
| GENVOYA | 40 | heparin sodium (porcine) | 62 |
| GILOTRIF | 27 | heparin sodium (porcine) pf | 62 |
| glatiramer acetate | 85 | HEPLISAV-B | 77 |
| glatopa | 85 | HIBERIX | 77 |
| GLEOSTINE | 22 | HIZENTRA | 74 |
| glimepiride | 82 | HUMALOG | 84 |
| glipizide | 82 | HUMALOG JUNIOR KWIKPEN | 84 |
| glipizide er | 82 | HUMALOG KWIKPEN | 84 |
| glipizide xl | 82 | HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN | 84 |
| glipizide-metformin hcl | 82 | HUMALOG MIX 75/25 | 84 |
| GLUCAGEN HYPOKIT | 84 | HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN | 84 |
| glucagon emergency | 84 | HUMULIN 70/30 | 84 |
| GLUCAGON EMERGENCY | 84 | HUMULIN 70/30 KWIKPEN | 84 |
| glyburide | 82 | HUMULIN N | 84 |
| GLYBURIDE MICRONIZED | 82 | HUMULIN N KWIKPEN | 84 |
| glyburide-metformin | 82 | HUMULIN R | 84 |
| glycopyrrolate | 59 | HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) | 84 |
| GLYXAMBI | 82 | HUMULIN R U-500 KWIKPEN | 84 |
| GNP PEN NEEDLES | 89 | hydralazine hcl | 51 |
| GOLYTELY | 59 | hydrochlorothiazide | 50 |
| granisetron hcl | 19 | hydrocodone-acetaminophen | 1 |
| griseofulvin microsize | 20 | hydrocortisone | 54,57 |
| griseofulvin ultramicrosize | 20 | hydrocortisone (perianal) | 54 |
| guanfacine hcl | 43 | hydrocortisone butyrate | 54 |
| guanfacine hcl er | 87 | hydrocortisone-acetic acid | 96 |
| H | | hydromorphone hcl | 1 |
| HADLIMA | 76 | hydroxychloroquine sulfate | 33,34 |
| HADLIMA PUSHTOUCH | 76 | hydroxyurea | 24 |
| | | hydroxyzine hcl | 92 |

| | | | |
|-------------------------------|----|--------------------------------|----|
| hydroxyzine pamoate | 92 | INTRALIPID | 89 |
| I | | introvale | 67 |
| ibandronate sodium | 58 | INVEGA HAFYERA | 37 |
| IBRANCE | 27 | INVEGA SUSTENNA | 37 |
| ibu | 3 | INVEGA TRINZA | 37 |
| ibuprofen | 3 | IPOL | 77 |
| icatibant acetate | 74 | ipratropium bromide | 92 |
| iclevia | 67 | ipratropium-albuterol | 94 |
| ICLUSIG | 27 | irbesartan | 44 |
| icosapent ethyl | 50 | irbesartan-hydrochlorothiazide | 48 |
| IDHIFA | 27 | ISENTRESS | 40 |
| ILEVRO | 80 | ISENTRESS HD | 40 |
| imatinib mesylate | 27 | isibloom | 67 |
| IMBRUVICA | 27 | isoniazid | 22 |
| imipenem-cilastatin | 10 | isopropyl alcohol | 55 |
| imipramine hcl | 18 | isopropyl alcohol wipes | 55 |
| imiquimod | 54 | isosorb dinitrate-hydralazine | 48 |
| IMKELDI | 27 | isosorbide dinitrate | 51 |
| IMOVAX RABIES | 77 | isosorbide mononitrate | 51 |
| incassia | 71 | isosorbide mononitrate er | 51 |
| INCRELEX | 64 | isotretinoin | 52 |
| INCRUSE ELLIPTA | 92 | isradipine | 46 |
| indapamide | 51 | ITOVEBI | 28 |
| indomethacin | 3 | itraconazole | 20 |
| indomethacin er | 3 | ivabradine hcl | 48 |
| INFANRIX | 77 | ivermectin | 33 |
| INLYTA | 27 | IWILFIN | 24 |
| INQOVI | 24 | IXCHIQ | 77 |
| INREBIC | 28 | IXIARO | 77 |
| INSULIN LISPRO | 84 | J | |
| INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) | 84 | jaimiess | 67 |
| INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN | 84 | JAKAFI | 28 |
| INSULIN LISPRO PROT & LISPRO | 84 | jantoven | 62 |
| INSULIN PEN NEEDLES | 89 | JANUMET | 82 |
| INSULIN SYRINGE 0.3 ML | 89 | JANUMET XR | 82 |
| INSULIN SYRINGE 0.5 ML | 89 | JANUVIA | 82 |
| INSULIN SYRINGE 1 ML | 89 | JARDIANCE | 51 |
| INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 | 89 | jasmiel | 67 |
| INSUPEN PEN NEEDLES | 89 | JAYPIRCA | 28 |
| INTELENCE | 41 | jencycla | 71 |

| | |
|-----------------|----|
| JENTADUETO | 82 |
| JENTADUETO XR | 82 |
| jinteli | 67 |
| jolessa | 67 |
| joyeaux | 67 |
| juleber | 67 |
| JULUCA | 40 |
| junel 1.5/30 | 67 |
| junel 1/20 | 67 |
| junel fe 1.5/30 | 67 |
| junel fe 1/20 | 67 |
| JYNNEOS | 77 |

K

| | |
|------------------------------|----|
| kalliga | 67 |
| KALYDECO | 93 |
| kariva | 67 |
| kcl in dextrose-nacl | 56 |
| KCL-LACTATED RINGERS-D5W | 56 |
| kelnor 1/35 | 67 |
| kelnor 1/50 | 67 |
| KEPIVANCE | 43 |
| KERENDIA | 82 |
| ketoconazole | 20 |
| ketorolac tromethamine | 80 |
| KINRIX | 78 |
| kionex | 55 |
| KISQALI (200 MG DOSE) | 28 |
| KISQALI (400 MG DOSE) | 28 |
| KISQALI (600 MG DOSE) | 28 |
| KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) | 28 |
| KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) | 28 |
| KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) | 28 |
| klor-con | 56 |
| klor-con 10 | 56 |
| klor-con m10 | 56 |
| klor-con m15 | 56 |
| klor-con m20 | 56 |
| KOSELUGO | 28 |
| kourzeq | 43 |
| KRAZATI | 28 |

| | |
|---------|----|
| kurvelo | 67 |
|---------|----|

L

| | |
|----------------------------|-------|
| l-glutamine | 95 |
| labetalol hcl | 45 |
| lacosamide | 13 |
| lactated ringers | 56,89 |
| lactulose | 59 |
| lactulose encephalopathy | 59 |
| lamivudine | 39,42 |
| lamivudine-zidovudine | 42 |
| lamotrigine | 12 |
| lansoprazole | 60 |
| LANTUS | 84 |
| LANTUS SOLOSTAR | 84 |
| lapatinib ditosylate | 28 |
| larin 1.5/30 | 67 |
| larin 1/20 | 67 |
| larin fe 1.5/30 | 67 |
| larin fe 1/20 | 67 |
| larissia | 67 |
| latanoprost | 80 |
| LAZCLUZE | 25 |
| leena | 67 |
| leflunomide | 76 |
| lenalidomide | 23 |
| LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) | 28 |
| LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) | 28 |
| LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) | 28 |
| LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) | 28 |
| LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) | 28 |
| LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) | 29 |
| LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) | 29 |
| LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) | 29 |
| lessina | 68 |
| letrozole | 25 |
| leucovorin calcium | 24 |
| LEUKERAN | 22 |
| leuprolide acetate | 63 |
| levallbuterol hcl | 93 |
| LEVALBUTEROL TARTRATE | 93 |

| | | | |
|--------------------------------|----|----------------------------|----|
| levetiracetam | 12 | loestrin fe 1.5/30 | 68 |
| levetiracetam er | 12 | loestrin fe 1/20 | 68 |
| levo-t | 73 | lojaimiess | 68 |
| LEVOBUNOLOL HCL | 80 | LOKELMA | 55 |
| levocarnitine | 95 | LONSURF | 24 |
| levocetirizine dihydrochloride | 92 | loperamide hcl | 58 |
| levofloxacin | 11 | lopinavir-ritonavir | 40 |
| LEVOFLOXACIN | 79 | lorazepam | 5 |
| levofloxacin in d5w | 11 | lorazepam intensol | 5 |
| levonest | 68 | LORBRENA | 29 |
| levonorg-eth estrad triphasic | 68 | loryna | 68 |
| levonorgest-eth estrad 91-day | 68 | losartan potassium | 44 |
| levonorgest-eth estradiol-iron | 68 | losartan potassium-hctz | 48 |
| levonorgestrel-ethinyl estrad | 68 | loteprednol etabonate | 80 |
| levora 0.15/30 (28) | 68 | lovastatin | 49 |
| levothyroxine sodium | 73 | low-ogestrel | 68 |
| levoxyl | 73 | loxapine succinate | 35 |
| LEXIVA | 40 | lubiprostone | 59 |
| LIBERVANT | 14 | LUMAKRAS | 29 |
| lidocaine | 4 | LUMIGAN | 80 |
| lidocaine hcl | 4 | LUPRON DEPOT (1-MONTH) | 63 |
| lidocaine viscous hcl | 4 | LUPRON DEPOT (3-MONTH) | 63 |
| lidocaine-prilocaine | 4 | LUPRON DEPOT (4-MONTH) | 63 |
| lidocan | 4 | LUPRON DEPOT (6-MONTH) | 63 |
| LILETTA (52 MG) | 71 | lurasidone hcl | 37 |
| lillow | 68 | lutura | 68 |
| lincomycin hcl | 7 | LYBALVI | 16 |
| linezolid | 7 | lyleq | 71 |
| LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE | 7 | lyllana | 68 |
| LINZESS | 59 | LYNPARZA | 29 |
| liothyronine sodium | 73 | LYSODREN | 24 |
| lisdexamfetamine dimesylate | 86 | LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) | 29 |
| lisinopril | 51 | LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) | 29 |
| lisinopril-hydrochlorothiazide | 48 | LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) | 29 |
| lithium | 43 | lyza | 71 |
| lithium carbonate | 43 | | |
| lithium carbonate er | 43 | M | |
| LIVTENCITY | 38 | M-M-R II | 78 |
| lo-zumandimine | 68 | magnesium sulfat | 56 |
| loestrin 1.5/30 (21) | 68 | malathion | 55 |
| loestrin 1/20 (21) | 68 | maraviroc | 42 |

| | | | |
|---------------------------------------|----|--|-------|
| marlissa | 68 | methylidopa | 44 |
| MARPLAN | 17 | METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE | 48 |
| MATULANE | 22 | methylergonovine maleate | 89 |
| matzim la | 46 | methylphenidate hcl | 87 |
| MAVYRET | 39 | methylphenidate hcl er | 87 |
| MAXIDEX | 80 | methylprednisolone | 72 |
| meclizine hcl | 19 | methylprednisolone acetate | 72 |
| medpura alcohol pads | 55 | methylprednisolone sodium succ | 72 |
| medroxyprogesterone acetate | 71 | metoclopramide hcl | 19 |
| mefloquine hcl | 34 | metolazone | 51 |
| megestrol acetate | 71 | metoprolol succinate er | 45 |
| MEKINIST | 29 | metoprolol tartrate | 45 |
| MEKTOVI | 29 | metoprolol-hydrochlorothiazide | 48 |
| meloxicam | 3 | metronidazole | 7 |
| memantine hcl | 15 | metyrosine | 48 |
| memantine hcl er | 15 | mexiletine hcl | 44 |
| MENACTRA | 78 | micafungin sodium | 20 |
| MENEST | 68 | MICONAZOLE 3 | 20 |
| MENQUADFI | 78 | microgestin 1.5/30 | 68 |
| MENVEO | 78 | microgestin 1/20 | 68 |
| meprobamate | 4 | microgestin fe 1.5/30 | 68 |
| mercaptapurine | 24 | microgestin fe 1/20 | 68 |
| meropenem | 10 | midodrine hcl | 44 |
| MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE | 10 | mifepristone | 63 |
| mesalamine | 57 | MIGERGOT | 21 |
| mesalamine er | 57 | miglitol | 82 |
| mesna | 25 | mili | 68 |
| metformin hcl | 82 | minitran | 52 |
| metformin hcl er | 82 | minocycline hcl | 11 |
| methadone hcl | 2 | minoxidil | 51 |
| methazolamide | 81 | minzoya | 68 |
| methenamine hippurate | 7 | mirtazapine | 16 |
| methergine | 89 | misoprostol | 60 |
| methimazole | 73 | modafinil | 96 |
| methocarbamol | 79 | moexipril hcl | 51 |
| METHOTREXATE SODIUM | 76 | MOLINDONE HCL | 35,36 |
| methotrexate sodium | 76 | mometasone furoate | 54 |
| methotrexate sodium (pf) | 76 | mondoxyne nl | 11 |
| methoxsalen rapid | 55 | mono-lynyah | 68 |
| methscopolamine bromide | 59 | montelukast sodium | 92 |
| methsuximide | 15 | morgidox | 11 |

| | | | |
|--------------------------------|-------|--------------------------------|----|
| morphine sulfate | 1 | neomycin-bacitracin zn-polymyx | 81 |
| morphine sulfate (concentrate) | 1 | neomycin-polymyxin-dexameth | 81 |
| morphine sulfate er | 2 | NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN | 81 |
| MOUNJARO | 83 | NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC | 81 |
| MOVANTIK | 59 | neomycin-polymyxin-hc | 96 |
| moxifloxacin hcl | 11,79 | NERLYNX | 29 |
| MOXIFLOXACIN HCL | 11 | nevirapine | 41 |
| MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) | 79 | NEVIRAPINE | 41 |
| MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL | 11 | NEVIRAPINE ER | 41 |
| MRESVIA | 78 | nevirapine er | 41 |
| MULTAQ | 44 | NEXPLANON | 71 |
| mupirocin | 53 | NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) | 50 |
| mycophenolate mofetil | 76 | niacin er (antihyperlipidemic) | 50 |
| mycophenolate mofetil hcl | 76 | NIACOR | 50 |
| mycophenolate sodium | 76 | nicardipine hcl | 46 |
| mycophenolic acid | 76 | NICOTROL | 5 |
| myorisan | 52 | NICOTROL NS | 5 |
| MYRBETRIQ | 60 | nifedipine | 46 |
| N | | | |
| na sulfate-k sulfate-mg sulf | 59 | nifedipine er | 46 |
| nabumetone | 3 | nifedipine er osmotic release | 46 |
| nadolol | 45 | nikki | 69 |
| nafcillin sodium | 9 | nilutamide | 23 |
| nafrinse | 56 | nimodipine | 46 |
| NAGLAZYME | 95 | NINLARO | 29 |
| naloxone hcl | 6 | nitazoxanide | 34 |
| naltrexone hcl | 6 | nitisinone | 95 |
| naproxen | 3 | NITRO-BID | 52 |
| naproxen dr | 3 | nitrofurantoin macrocrystal | 7 |
| naproxen sodium | 3 | nitrofurantoin monohyd macro | 7 |
| naratriptan hcl | 21 | nitroglycerin | 52 |
| NATACYN | 79 | NITROSTAT | 52 |
| nateglinide | 83 | NIZATIDINE | 58 |
| NAYZILAM | 4 | nora-be | 71 |
| nebivolol hcl | 45 | norelgestromin-eth estradiol | 69 |
| necon 0.5/35 (28) | 69 | norethin ace-eth estrad-fe | 69 |
| NEFAZODONE HCL | 17 | norethin-eth estradiol-fe | 69 |
| neo-polycin | 81 | norethindrone | 71 |
| neo-polycin hc | 81 | norethindrone acet-ethinyl est | 69 |
| neomycin sulfate | 6 | norethindrone acetate | 71 |
| | | norethindrone-eth estradiol | 69 |
| | | norgestim-eth estrad triphasic | 69 |

| | | | |
|----------------------------|-------|-------------------------------|-------|
| norgestimate-eth estradiol | 69 | omeprazole | 60 |
| norlyda | 71 | OMNITROPE | 59,64 |
| norlyroc | 71 | ondansetron | 19 |
| NORMOSOL-M IN D5W | 56 | ONDANSETRON HCL | 19 |
| nortrel 0.5/35 (28) | 69 | ondansetron hcl | 19 |
| nortrel 1/35 (21) | 69 | ONUREG | 24 |
| nortrel 1/35 (28) | 69 | OPSUMIT | 91 |
| nortrel 7/7/7 | 69 | OPVEE | 90 |
| nortriptyline hcl | 18 | oralone | 43 |
| NORVIR | 40 | ORGOVYX | 64 |
| NOVOFINE 32G X 6 MM MISC | 89 | ORSERDU | 23 |
| NOVOTWIST 32G X 5 MM MISC | 90 | orsythia | 69 |
| NUBEQA | 23 | oseltamivir phosphate | 39 |
| NULYTELY LEMON-LIME | 59 | OSPHENA | 71 |
| NUPLAZID | 37 | OTEZLA | 55,74 |
| NURTEC | 21 | oxaprozin | 3 |
| NUTRILIPID | 90 | oxcarbazepine | 13 |
| nylia 1/35 | 69 | oxybutynin chloride | 60 |
| nylia 7/7/7 | 69 | oxybutynin chloride er | 60 |
| NYMALIZE | 46 | oxycodone hcl | 1,2 |
| nymyo | 69 | oxycodone-acetaminophen | 2 |
| nystatin | 20 | OXYCODONE-ACETAMINOPHEN | 2 |
| nystatin-triamcinolone | 55 | OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) | 83 |
| NYVEPRIA | 62 | OZEMPIC (1 MG/DOSE) | 83 |
| | | OZEMPIC (2 MG/DOSE) | 83 |
| O | | P | |
| ocella | 69 | pacerone | 44 |
| octreotide acetate | 63 | paliperidone er | 37 |
| OCTREOTIDE ACETATE | 63 | PANRETIN | 33 |
| ODEFSEY | 41 | pantoprazole sodium | 60 |
| ODOMZO | 29 | paricalcitol | 58 |
| OFEV | 93 | paroxetine hcl | 17 |
| ofloxacin | 79,96 | paroxetine hcl er | 17 |
| OGSIVEO | 29,30 | PAXLOVID (150/100) | 43 |
| OJEMDA | 30 | PAXLOVID (300/100) | 43 |
| OJJAARA | 24 | pazopanib hcl | 30 |
| olanzapine | 37 | PEDIARIX | 78 |
| olmesartan medoxomil | 44 | PEDVAX HIB | 78 |
| olmesartan medoxomil-hctz | 48 | peg 3350-kcl-na bicarb-nacl | 59 |
| olmesartan-amlodipine-hctz | 48 | peg-3350/electrolytes | 59 |
| omega-3-acid ethyl esters | 50 | | |

| | | | |
|-------------------------------------|-------|-------------------------------------|-------|
| PEGASYS..... | 74 | pirmella 7/7/7..... | 69 |
| PEMAZYRE..... | 30 | piroxicam..... | 3 |
| PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP..... | 90 | PLENVU..... | 59 |
| PEN NEEDLES..... | 90 | podofilox..... | 55 |
| PENBRAYA..... | 90 | polycin..... | 81 |
| penicillamine..... | 61 | polymyxin b sulfate..... | 7 |
| penicillin g potassium..... | 9 | polymyxin b-trimethoprim..... | 79 |
| PENICILLIN G SODIUM..... | 9 | POMALYST..... | 23 |
| penicillin v potassium..... | 9 | portia-28..... | 69 |
| PENTACEL..... | 78 | posaconazole..... | 20 |
| pentamidine isethionate..... | 34 | potassium chloride..... | 56 |
| pentoxifylline er..... | 48 | potassium chloride crys er..... | 56 |
| perindopril erbumine..... | 51 | potassium chloride er..... | 56 |
| periogard..... | 43 | potassium chloride in dextrose..... | 56 |
| permethrin..... | 55 | potassium chloride in nacl..... | 56 |
| perphenazine..... | 19 | potassium citrate er..... | 56 |
| PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE..... | 16 | pramipexole dihydrochloride..... | 34 |
| PERSERIS..... | 37 | prasugrel hcl..... | 63 |
| pfizerpen..... | 9 | pravastatin sodium..... | 49 |
| phenelzine sulfate..... | 17 | praziquantel..... | 33 |
| phenobarbital..... | 14 | prazosin hcl..... | 45 |
| phenytek..... | 13 | prednisolone..... | 72 |
| phenytoin..... | 13 | prednisolone acetate..... | 80 |
| phenytoin infatabs..... | 13 | prednisolone sodium phosphate..... | 72 |
| phenytoin sodium extended..... | 13 | PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE..... | 80 |
| philith..... | 69 | prednisone..... | 72 |
| PIFELTRO..... | 41 | PREDNISONE INTENSOL..... | 72 |
| pilocarpine hcl..... | 43,81 | pregabalin..... | 85,86 |
| PIMOZIDE..... | 36 | PREMARIN..... | 69 |
| pimtrea..... | 69 | PREMASOL..... | 57 |
| pindolol..... | 45 | premium lidocaine..... | 4 |
| pioglitazone hcl..... | 83 | prenatal vitamins..... | 57 |
| pioglitazone hcl-glimepiride..... | 83 | prevalite..... | 50 |
| pioglitazone hcl-metformin hcl..... | 83 | previfem..... | 69 |
| piperacillin sod-tazobactam so..... | 10 | PREVYMIS..... | 38 |
| PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)..... | 30 | PREZCOBIX..... | 40 |
| PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)..... | 30 | PREZISTA..... | 40 |
| PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)..... | 30 | PRIFTIN..... | 22 |
| pirfenidone..... | 93 | primaquine phosphate..... | 34 |
| PIRFENIDONE..... | 93 | primidone..... | 14 |
| pirmella 1/35..... | 69 | PRIORIX..... | 78 |

| | |
|-------------------------------------|-------|
| PRO COMFORT INSULIN SYRINGE..... | 90 |
| probenecid..... | 21 |
| prochlorperazine..... | 19 |
| prochlorperazine maleate..... | 19 |
| procto-med hc..... | 54 |
| procto-pak..... | 54 |
| proctosol hc..... | 54 |
| proctozone-hc..... | 54 |
| progesterone..... | 71 |
| PROGRAF..... | 76 |
| PROLASTIN-C..... | 95 |
| PROLIA..... | 58 |
| PROMACTA..... | 62 |
| promethazine hcl..... | 19,92 |
| propafenone hcl..... | 44 |
| propranolol hcl..... | 45 |
| PROPRANOLOL HCL..... | 45 |
| propranolol hcl er..... | 45 |
| PROPRANOLOL-HCTZ..... | 48 |
| propylthiouracil..... | 73 |
| PROQUAD..... | 78 |
| protriptyline hcl..... | 18 |
| PULMICORT FLEXHALER..... | 92 |
| PULMOZYME..... | 93 |
| PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE..... | 90 |
| PURIXAN..... | 24 |
| pyrazinamide..... | 22 |
| pyridostigmine bromide..... | 22 |
| pyridostigmine bromide er..... | 22 |
| pyrimethamine..... | 34 |

Q

| | |
|-------------------------------------|----|
| qc alcohol..... | 55 |
| QINLOCK..... | 24 |
| QUADRACEL..... | 78 |
| quetiapine fumarate..... | 37 |
| quetiapine fumarate er..... | 38 |
| QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE..... | 90 |
| quinapril hcl..... | 51 |
| quinapril-hydrochlorothiazide..... | 48 |
| quinidine sulfate..... | 44 |

| | |
|----------------------|----|
| quinine sulfate..... | 34 |
|----------------------|----|

R

| | |
|---------------------------------|----|
| ra isopropyl alcohol wipes..... | 55 |
| RABAVERT..... | 78 |
| rabeprazole sodium..... | 60 |
| raloxifene hcl..... | 71 |
| ramelteon..... | 95 |
| ramipril..... | 51 |
| ranolazine er..... | 48 |
| rasagiline mesylate..... | 35 |
| reclipsen..... | 69 |
| RECOMBIVAX HB..... | 78 |
| relafen..... | 3 |
| RELENZA DISKHALER..... | 39 |
| repaglinide..... | 83 |
| REPATHA..... | 50 |
| REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM..... | 50 |
| REPATHA SURECLICK..... | 50 |
| RESTASIS..... | 81 |
| RESTASIS MULTIDOSE..... | 81 |
| RETACRIT..... | 63 |
| RETEVMO..... | 30 |
| REVLIMID..... | 23 |
| REVUFORJ..... | 30 |
| REXULTI..... | 38 |
| REYATAZ..... | 40 |
| REZLIDHIA..... | 30 |
| REZUROCK..... | 74 |
| RHOPRESSA..... | 81 |
| ribavirin..... | 39 |
| rifabutin..... | 22 |
| rifampin..... | 22 |
| riluzole..... | 86 |
| RIMANTADINE HCL..... | 39 |
| ringers..... | 57 |
| ringers irrigation..... | 90 |
| RINVOQ..... | 75 |
| RINVOQ LQ..... | 75 |
| risedronate sodium..... | 58 |
| risperidone..... | 38 |

| | | | |
|-----------------------------|-------|-------------------------------|-------|
| risperidone microspheres er | 38 | silodosin | 61 |
| ritonavir | 40 | silver sulfadiazine | 55 |
| rivastigmine | 16 | SIMBRINZA | 81 |
| rivastigmine tartrate | 16 | SIMLANDI (1 PEN) | 76 |
| rizatriptan benzoate | 21 | SIMLANDI (1 SYRINGE) | 76 |
| ROCKLATAN | 81 | SIMLANDI (2 PEN) | 76 |
| roflumilast | 93,94 | SIMLANDI (2 SYRINGE) | 76,77 |
| ropinirole hcl | 34 | simliya | 69 |
| ropinirole hcl er | 34 | simpesse | 70 |
| rosadan | 7 | simvastatin | 49 |
| rosuvastatin calcium | 49 | sirolimus | 77 |
| ROTARIX | 78 | SIRTURO | 22 |
| ROTATEQ | 78 | SKYRIZI | 75 |
| roweepra | 12 | SKYRIZI (150 MG DOSE) | 75 |
| ROZLYTREK | 30 | SKYRIZI PEN | 75 |
| RUBRACA | 30 | SMOFLIPID | 90 |
| rufinamide | 13,14 | sodium chloride | 57 |
| RUKOBIA | 42 | sodium chloride (pf) | 57 |
| RYBELSUS | 83 | sodium fluoride | 57 |
| RYDAPT | 30 | SODIUM OXYBATE | 96 |
| S | | sodium phenylbutyrate | 95 |
| sajazir | 74 | sodium polystyrene sulfonate | 55 |
| SANDIMMUNE | 76 | solifenacin succinate | 60 |
| SANTYL | 55 | SOLTAMOX | 23 |
| sapropterin dihydrochloride | 95 | SOMAVERT | 64 |
| SCSEMBLIX | 30,31 | sorafenib tosylate | 31 |
| scopolamine | 19 | sorine | 44 |
| SECUADO | 38 | sotalol hcl | 44 |
| SECURESAFE INSULIN SYRINGE | 90 | sotalol hcl (af) | 44 |
| selegiline hcl | 35 | SPIRIVA RESPIMAT | 92 |
| selenium sulfide | 54 | spironolactone | 50 |
| SELZENTRY | 42 | spironolactone-hctz | 48 |
| SEREVENT DISKUS | 93 | sprintec 28 | 70 |
| sertraline hcl | 18 | SPRITAM | 12 |
| setlakin | 69 | SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) | 55 |
| sharobel | 71 | sronyx | 70 |
| SHINGRIX | 78 | ssd | 55 |
| SIGNIFOR | 64 | STAVUDINE | 42 |
| sildenafil citrate | 91 | STELARA | 75 |
| SILIGENTLE FOAM DRESSING | 90 | sterile water for irrigation | 90 |
| | | STIOLTO RESPIMAT | 94 |

| | | | |
|------------------------------------|-------|-------------------------------------|-------|
| STIVARGA..... | 31 | tasimelteon..... | 95 |
| STREPTOMYCIN SULFATE..... | 6 | tazarotene..... | 52 |
| STRIBILD..... | 40 | TAZICEF..... | 8 |
| subvenite..... | 13 | taztia xt..... | 46 |
| sucralfate..... | 60 | TAZVERIK..... | 31 |
| sulfacetamide sodium..... | 79 | TDVAX..... | 78 |
| sulfacetamide sodium (acne)..... | 52 | TECHLITE PLUS PEN NEEDLES..... | 90 |
| SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE..... | 81 | TEFLARO..... | 8 |
| sulfadiazine..... | 11 | telmisartan..... | 44 |
| sulfamethoxazole-trimethoprim..... | 11 | telmisartan-amlodipine..... | 48 |
| sulfasalazine..... | 57 | telmisartan-hctz..... | 48 |
| sulindac..... | 3 | temazepam..... | 95 |
| sumatriptan..... | 21 | TEMIXYS..... | 42 |
| sumatriptan succinate..... | 21 | TENIVAC..... | 78 |
| sumatriptan succinate refill..... | 21 | tenofovir disoproxil fumarate..... | 42 |
| sunitinib malate..... | 31 | TEPMETKO..... | 31 |
| SUNLENCA..... | 42 | terazosin hcl..... | 45 |
| SURE COMFORT PEN NEEDLES..... | 90 | terbinafine hcl..... | 20 |
| syeda..... | 70 | terconazole..... | 20 |
| SYMPAZAN..... | 14 | teriflunomide..... | 85 |
| SYMTUZA..... | 40 | TERIPARATIDE (RECOMBINANT)..... | 58 |
| SYNAREL..... | 64 | testosterone..... | 64 |
| SYNJARDY..... | 83 | testosterone cypionate..... | 65 |
| SYNJARDY XR..... | 83 | TESTOSTERONE ENANTHATE..... | 65 |
| SYNRIBO..... | 31 | tetrabenazine..... | 86 |
| SYNTHROID..... | 73 | tetracycline hcl..... | 11 |
| T | | THALOMID..... | 23 |
| TABLOID..... | 24 | theophylline er..... | 94 |
| TABRECTA..... | 31 | thioridazine hcl..... | 36 |
| tacrolimus..... | 54,77 | thiotepa..... | 22 |
| tadalafil..... | 61 | thiothixene..... | 36 |
| tadalafil (pah)..... | 91 | tiadylt er..... | 47 |
| TAFINLAR..... | 31 | tiagabine hcl..... | 14 |
| TAGRISSO..... | 31 | TIBSOVO..... | 31 |
| TALZENNA..... | 31 | TICOVAC..... | 78 |
| tamoxifen citrate..... | 24 | tigecycline..... | 7 |
| tamsulosin hcl..... | 61 | timolol maleate..... | 45,80 |
| tarina fe 1/20..... | 70 | tinidazole..... | 7 |
| tarina fe 1/20 eq..... | 70 | tiotropium bromide monohydrate..... | 92 |
| TASIGNA..... | 31 | tis-u-sol..... | 90 |
| | | TIVICAY..... | 40 |

| | | | |
|------------------------------------|-------|-------------------------------------|-------|
| TIVICAY PD..... | 40 | triamcinolone acetonide..... | 43,54 |
| tizanidine hcl..... | 20 | triamterene-hctz..... | 49 |
| tobramycin..... | 79,93 | triazolam..... | 96 |
| tobramycin sulfate..... | 6 | triderm..... | 54 |
| tobramycin-dexamethasone..... | 81 | trientine hcl..... | 55 |
| TOLAK..... | 55 | TRIENTINE HCL..... | 55 |
| tolterodine tartrate..... | 60 | trifluoperazine hcl..... | 36 |
| tolterodine tartrate er..... | 60 | TRIFLURIDINE..... | 79 |
| topiramate..... | 13 | trihexyphenidyl hcl..... | 34 |
| TOPIRAMATE..... | 13 | TRIKAFTA..... | 93 |
| toremifene citrate..... | 24 | trimethoprim..... | 7 |
| toremide..... | 50 | trimipramine maleate..... | 18 |
| TOUJEO MAX SOLOSTAR..... | 84 | TRINTELLIX..... | 18 |
| TOUJEO SOLOSTAR..... | 85 | TRIUMEQ..... | 42 |
| TPN ELECTROLYTES..... | 57 | TRIUMEQ PD..... | 42 |
| TRACLEER..... | 91 | trivora (28)..... | 70 |
| TRADJENTA..... | 83 | TRIZIVIR..... | 42 |
| tramadol hcl..... | 2 | trospium chloride..... | 60 |
| tramadol hcl er..... | 2 | TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE..... | 90 |
| tramadol-acetaminophen..... | 2 | TRUE COMFORT PEN NEEDLES..... | 90 |
| trandolapril..... | 51 | TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES..... | 90 |
| TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER..... | 49 | TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE..... | 90 |
| tranexamic acid..... | 63 | TRULICITY..... | 83 |
| tranlycypromine sulfate..... | 17 | TRUMENBA..... | 78 |
| travoprost (bak free)..... | 80 | TRUQAP..... | 31 |
| trazodone hcl..... | 18 | TUKYSA..... | 31 |
| TRECTOR..... | 22 | tulana..... | 71 |
| TRELEGY ELLIPTA..... | 94 | TURALIO..... | 31 |
| TRELSTAR MIXJECT..... | 64 | turqoz..... | 70 |
| TRESIBA..... | 85 | TWINRIX..... | 78 |
| TRESIBA FLEXTOUCH..... | 85 | TYBOST..... | 43 |
| tretinoin..... | 33,52 | TYMLOS..... | 58 |
| TREXALL..... | 77 | TYPHIM VI..... | 78 |
| tri femynor..... | 70 | | |
| tri-estarylla..... | 70 | U | |
| tri-linyah..... | 70 | UBRELVY..... | 21 |
| tri-mili..... | 70 | UDENYCA..... | 63 |
| tri-nymyo..... | 70 | ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE..... | 90 |
| tri-previfem..... | 70 | UNIFINE OTC PEN NEEDLES..... | 91 |
| tri-sprintec..... | 70 | UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE..... | 91 |
| tri-vylibra..... | 70 | UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE..... | 91 |

| | |
|----------------|-------|
| unithroid..... | 73 |
| ursodiol..... | 59,60 |

V

| | |
|-------------------------------------|-------|
| valacyclovir hcl..... | 39 |
| VALCHLOR..... | 55 |
| valganciclovir hcl..... | 38 |
| valproate sodium..... | 13 |
| valproic acid..... | 13 |
| valsartan..... | 44 |
| valsartan-hydrochlorothiazide..... | 49 |
| VALTOCO 10 MG DOSE..... | 15 |
| VALTOCO 15 MG DOSE..... | 15 |
| VALTOCO 20 MG DOSE..... | 15 |
| VALTOCO 5 MG DOSE..... | 15 |
| valtya 1/50..... | 70 |
| vanadom..... | 79 |
| vancomycin hcl..... | 7 |
| VANDAZOLE..... | 7 |
| VANFLYTA..... | 31,32 |
| VAQTA..... | 78 |
| varenicline tartrate..... | 5 |
| varenicline tartrate (starter)..... | 5 |
| varenicline tartrate(continue)..... | 5 |
| VARIVAX..... | 78 |
| VAXCHORA..... | 78 |
| VELIVET..... | 70 |
| VENCLEXTA..... | 32 |
| VENCLEXTA STARTING PACK..... | 32 |
| venlafaxine hcl..... | 18 |
| venlafaxine hcl er..... | 18 |
| VEOZAH..... | 86 |
| verapamil hcl..... | 47 |
| VERAPAMIL HCL ER..... | 47 |
| verapamil hcl er..... | 47 |
| VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE..... | 91 |
| VERIFINE INSULIN SYRINGE..... | 91 |
| VERIFINE PLUS PEN NEEDLE..... | 91 |
| VERQUVO..... | 49 |
| VERSACLOZ..... | 36 |
| VERZENIO..... | 32 |

| | |
|---------------------|----|
| vestura..... | 70 |
| vienna..... | 70 |
| vigabatrin..... | 15 |
| vigadrone..... | 15 |
| VIGAFYDE..... | 15 |
| vigpoder..... | 15 |
| vilazodone hcl..... | 18 |
| VIMKUNYA..... | 78 |
| viorele..... | 70 |
| VIRACEPT..... | 41 |
| VIREAD..... | 42 |
| VITRAKVI..... | 32 |
| VIZIMPRO..... | 32 |
| volnea..... | 70 |
| VONJO..... | 25 |
| VORANIGO..... | 32 |
| voriconazole..... | 20 |
| VOWST..... | 91 |
| VRAYLAR..... | 38 |
| vyfemla..... | 70 |
| vylibra..... | 70 |
| VYZULTA..... | 80 |

W

| | |
|--------------------------------|----|
| warfarin sodium..... | 62 |
| WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE..... | 91 |
| WELIREG..... | 25 |
| wera..... | 70 |
| wixela inhub..... | 94 |
| wymzya fe..... | 70 |

X

| | |
|---------------------------------|-------|
| XALKORI..... | 32 |
| XARELTO..... | 62 |
| XARELTO STARTER PACK..... | 62 |
| XATMEP..... | 77 |
| XCOPRI..... | 13,14 |
| XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)..... | 14 |
| XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)..... | 14 |
| XDEMVY..... | 82 |
| XELJANZ..... | 75 |

| | | | |
|----------------------------------|----|-----------------------|----|
| XELJANZ XR..... | 75 | ZONISADE..... | 14 |
| XERMELO..... | 58 | zonisamide..... | 14 |
| XGEVA..... | 58 | zovia 1/35 (28)..... | 70 |
| XIFAXAN..... | 7 | zovia 1/35e (28)..... | 70 |
| XIGDUO XR..... | 83 | ZTALMY..... | 15 |
| XIIDRA..... | 82 | zumandimine..... | 70 |
| XOFLUZA (40 MG DOSE)..... | 39 | ZURZUVAE..... | 16 |
| XOFLUZA (80 MG DOSE)..... | 39 | ZYDELIG..... | 33 |
| XOLAIR..... | 75 | ZYKADIA..... | 33 |
| XOSPATA..... | 32 | ZYLET..... | 82 |
| XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)..... | 32 | ZYPREXA RELPREVV..... | 38 |
| XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)..... | 32 | | |
| XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)..... | 32 | | |
| XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)..... | 32 | | |
| XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)..... | 32 | | |
| XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)..... | 33 | | |
| XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)..... | 33 | | |
| XTANDI..... | 23 | | |
| xulane..... | 70 | | |

Y

| | |
|--------------|----|
| YF-VAX..... | 78 |
| yuvafem..... | 70 |

Z

| | |
|---------------------------|----|
| zafemy..... | 70 |
| zafirlukast..... | 92 |
| zaleplon..... | 96 |
| ZARXIO..... | 63 |
| ZEJULA..... | 33 |
| ZELBORAF..... | 33 |
| zenatane..... | 52 |
| zidovudine..... | 42 |
| ziprasidone hcl..... | 38 |
| ziprasidone mesylate..... | 38 |
| ZIRGAN..... | 79 |
| zoledronic acid..... | 58 |
| ZOLINZA..... | 25 |
| zolmitriptan..... | 21 |
| zolpidem tartrate..... | 96 |
| zolpidem tartrate er..... | 96 |



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es contra la ley. Blue Shield of California cumple con las leyes de derechos civiles federales y las leyes estatales aplicables, y no discrimina a las personas por su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, embarazo o condiciones relacionadas, características sexuales, estereotipos sexuales, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, embarazo o condiciones relacionadas, características sexuales, estereotipos sexuales, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California da lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratis a personas con discapacidad para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes calificados en lengua de señas.
 - ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas a personas cuyo primer idioma no es el inglés; por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes calificados.
 - ✓ Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California al número de teléfono que figura en el dorso de su tarjeta de identificación de miembro.

Si cree que Blue Shield of California no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, embarazo o condiciones relacionadas, características sexuales, estereotipos sexuales, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede usar esta información para hacer un reclamo:

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator
P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011
Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711), Fax: (844) 696-6070
Dirección electrónica: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, el Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición.

También puede hacer una queja de derechos civiles en la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) de manera electrónica mediante el portal de quejas de esa oficina, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o puede usar esta información para hacerlo por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

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

Multi-Language Insert Multi-Language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Navajo Díí ats'íís baa áháyá éí doodago azee' bee aa áháyá bína'ídííkidgo éí ná ata' hodoolnihíí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojí' 1-800-776-4466 béésh bee hodíílnih. Diné k'ehjí yálti'i níká adoolwoł. Díí t'áá jíík'eh bee aná'áwo.

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

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-776-4466។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

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

Lao ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຍາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-776-4466. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ບໍ່ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մեզ քնն հասանելի է և անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կազմակերպության հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցին անհատական և անվճար: Թարգմանչական և անվճար թարգմանչական ծառայություններ մեզ 1-800-776-4466 հեռախոսահամարով: Ձեր կողմից հարցերին իմացող թարգմանչական և անվճար է:

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

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

Este formulario se actualizó el 03/19/2025 . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California llamando al (800) 776-4466 o, para usuarios del sistema TTY, al 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar blueshieldca.com/medformulary2025.

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye una cantidad limitada de farmacias de costos más bajos y con costo compartido preferido en ciertos condados de California. Es posible que los costos más bajos publicados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluido si hay farmacias de menor costo con costo compartido preferido en su área, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 [TTY: 711], de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana o consulte el directorio de farmacias en blueshieldca.com/medformulary2025.

Amazon Pharmacy es independiente de Blue Shield of California y tiene un contrato con Blue Shield para brindar servicios de farmacia con envío al hogar a los miembros de Blue Shield para sus medicamentos recetados. Los miembros son responsables de su parte del costo, como se indica en los detalles de su plan de beneficios. Puede encontrar información sobre beneficios específicos de medicamentos recetados y exclusiones de beneficios de medicamentos en sus documentos del plan. Los miembros pueden llamar al número de Servicio al Cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield si tienen preguntas sobre su cobertura de medicamentos recetados de Blue Shield. Amazon y todas las marcas relacionadas son marcas comerciales de Amazon.com, Inc. o de sus afiliados.