



**Blue Shield Rx Plus (PDP)**

**Formulario de 2026**

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

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

N.º de identificación del formulario #26290

Este formulario se actualizó el 03/24/2026 . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Rx Plus llamando al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m (hora del Pacífico), los siete días de la semana, o visite [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).

A53840MAD- A-SP ( 04/26 )  
Y0118\_25\_386B2\_C 08222025  
03/24/2026

**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 Rx Plus.

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que es válida a partir del 03/24/2026. 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 2026 y de vez en cuando durante el año.

### ¿Qué es el formulario de Blue Shield Rx Plus?

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 por nuestro plan y un equipo de proveedores de atención de la salud. Esta lista representa las terapias de medicamentos recetados que se consideran 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.

Para obtener una lista completa de todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan, visite nuestro sitio web o llámenos. 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.

### ¿El formulario puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se hacen el 1 de enero, pero puede que agreguemos o quitemos 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/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).

**Cambios que pueden afectarle este año:** Durante el año, los cambios en la cobertura le afectarán 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 más adelante la sección llamada "¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield Rx Plus?".

Es posible que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Para obtener más información, consulte más adelante la sección 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 motivos de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y, después, avisarles 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 a un medicamento de marca o a un 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 Rx Plus?".

**Cambios que no le afectarán si está tomando un medicamento.** Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2026 que tenía cobertura a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2026, excepto en las situaciones descritas 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 podrían afectarle y es importante que revise el formulario del nuevo año de beneficios para conocer cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto es válido a partir del 03/24/2026. 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/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).

## ¿Cómo uso el formulario?

Hay dos maneras de buscar su medicamento en el formulario:

### **Por tipo de problema de salud**

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

## Por orden alfabético

Si no sabe con seguridad la categoría en la que debe buscar su medicamento, consulte el índice que empieza en la página 118 . En el índice, encontrará una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento, tanto los de marca como los genéricos. Revise el índice y busque su medicamento. Al lado del nombre del medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar información sobre la cobertura. 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 puede 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 ver un análisis sobre el tipo de medicamentos, consulte la sección 3.1 llamada "La 'Lista de Medicamentos' indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos" del Capítulo 3 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. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando 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. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, lea la sección “¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario del plan?” en la página vii.

### **¿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, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que cubra nuestro plan.
- Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y que cubra su medicamento. Lea lo que sigue para obtener información sobre cómo pedir una excepción.

## ¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield Rx Plus?

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 no apliquemos una restricción de cobertura, ya sea una autorización previa, un tratamiento escalonado o un límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, para algunos medicamentos, Blue Shield Rx Plus 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.

Por lo general, 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 fueran tan eficaces para usted y/o le causarían 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 los motivos médicos por los que necesita la excepción.*** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 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 una 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 alternativo 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 tienen una restricción de cobertura. Si su receta indica menos días, le dejaremos pedir repeticiones hasta alcanzar un suministro de 30 días de medicamentos como máximo. Si su cobertura no está aprobada, dejaremos de pagar esos medicamentos después de su primer suministro para 30 días, aunque aún no hayan pasado los primeros 90 días de su membresía en el plan.

Si usted vive 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 mencionados anteriormente, 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 viven en centros LTC.
- En algunos casos, son miembros actuales afectados por los cambios en el formulario de un año del plan al siguiente.

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

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

temporal para un máximo de 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 de LTC y de venta al por menor tienen la capacidad de autorizar, en el punto de venta, la cobertura de un suministro de transición de un medicamento que no esté en el formulario, que requiera autorización previa o que tenga requisitos de tratamiento escalonado, a menos que el medicamento esté sujeto a una revisión para determinar si corresponde a la Parte B o a la Parte D, o se hayan puesto límites para impedir la cobertura de medicamentos que no sean de la Parte D o para fomentar el uso seguro de un medicamento de la Parte D. Cubriremos un suministro de 30 días (si la receta es por menos días, cubriremos varias repeticiones hasta llegar a un total de 30 días de medicamento). En el caso de los miembros elegibles para recibir un subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés), el costo compartido por un suministro temporal de medicamentos brindados en el proceso de transición no superará las cantidades de copago máximo que establece la ley para los miembros elegibles para el LIS. En el caso de los demás miembros (los que no tengan acceso al LIS), para los medicamentos de la Parte D que no estén en el formulario y se brinden durante el período de transición, aplicaremos el mismo costo compartido que correspondería para los medicamentos no incluidos en el formulario que se aprueben mediante una excepción del formulario; y para los medicamentos del formulario sujetos a cambios en la administración del uso que se brinden durante el período de transición, aplicaremos el mismo costo compartido que correspondería una vez cumplidos los criterios de administración del uso. Después de completar el proceso de excepciones y determinar que las dosis de los medicamentos de la Parte D recetadas originalmente son médicamente necesarias, los miembros no deberán pagar ningún costo compartido adicional por repetir varias veces una receta que indica cantidades menores de medicamentos de la Parte D basadas en límites de cantidad por motivos de seguridad.

Por lo general, después de cubrir el suministro temporal de 30 días, no pagaremos nuevamente estos medicamentos como parte de nuestra política de transición. Después de cubrir el suministro temporal, le enviaremos un aviso por escrito dentro de los 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 para identificar 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 vive en un centro de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos), cubriremos los suministros de los medicamentos de la Parte D en cantidades para 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 que esté fuera de la red, a menos que usted califique para obtener 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 alguna pregunta sobre nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar <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 inconveniente para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que empieza en la página 118 .

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/Coseguros de la etapa de cobertura inicial para los miembros de los planes Blue Shield Rx Plus:

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO
<b>1: Medicamentos genéricos preferidos</b>	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 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 90 días)	\$0 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$9 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	\$27 de copago
<b>2: Medicamentos genéricos</b>	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$7 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	\$17.50 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$20 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	\$60 de copago

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO
<b>3: Medicamentos de marca preferidos</b>	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	19% de coseguro
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	19% de coseguro
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	19% de coseguro
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	19% de coseguro
<b>3: Insulinas cubiertas</b>	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$35 de copago o 19% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	\$105 de copago o 19% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$35 de copago o 19% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	\$105 de copago o 19% de coseguro, la cantidad que sea menor

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO
<b>4: Medicamentos no preferidos</b>	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	49% de coseguro
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	49% de coseguro
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	49% de coseguro
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	49% de coseguro
<b>4: Insulinas cubiertas</b>	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$35 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	\$105 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$35 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	\$105 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO
<b>5: Medicamentos de nivel especializado</b>	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 para 30 días)	25% 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 para 90 días)	No hay suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del Nivel 5.

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

## LEYENDA

NIVEL	NOMBRE
1	Medicamentos genéricos preferidos
2	Medicamentos genéricos
3	Medicamentos de marca preferidos
3	Insulinas cubiertas
4	Medicamentos no preferidos
4	Insulinas cubiertas
5	Medicamentos de nivel especializado

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
LA	Acceso limitado ( <i>Limited Access</i> )	Es posible que este medicamento recetado esté disponible solamente en algunas farmacias. Para obtener más información, lea su Directorio de Farmacias o llame a nuestro Servicio al Cliente.
PA	Autorización previa ( <i>Prior Authorization</i> )	La cobertura de este medicamento recetado requiere una autorización previa de Blue Shield. Llame a Blue Shield para brindar 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 de la Parte B o D).
QL	Límite de cantidad ( <i>Quantity Limit</i> )	Este medicamento tiene un límite de dosis o de cantidad recetada. Los límites máximos de dosis diaria los define la FDA y se explican en el prospecto del medicamento. Otros límites de cantidad promueven una dosificación consolidada cuando sea posible.
ST	Tratamiento escalonado ( <i>Step Therapy</i> )	La cobertura para este medicamento recetado se brinda cuando ya se han probado tratamientos con otros medicamentos de primera línea o medicamentos preferidos (tratamiento escalonado).

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
NDS	Suministro de días no extendido ( <i>Non-Extended Day Supply</i> )	Los medicamentos NO están disponibles para un suministro a largo plazo.
INS	Insulina cubierta ( <i>Covered Insulin</i> )	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, incluso si no ha pagado su deducible.
VAC	Vacunación sin costo ( <i>\$0 Vaccine</i> )	Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente.

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>ANALGÉSICOS</b>		
<b>ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES</b>		
<i>cataflam 50 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>celecoxib (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>diclofenac sodium (1.5 % solution, 25 mg tab dr)</i>	NIVEL 3	
<i>diclofenac sodium (50 mg tab dr, 75 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab 24h</i>	NIVEL 3	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>ec-naproxen 375 mg tab dr</i>	NIVEL 2	
<i>ec-naproxen 500 mg tab dr</i>	NIVEL 4	
<i>etodolac er (er 400 mg tab er, er 500 mg tab er, er 600 mg tab er)</i>	NIVEL 4	
FLURBIPROFEN (FLURBIPROFEN 100 MG TAB, FLURBIPROFEN 50 MG TAB, FLURBIPROFEN 100 MG TAB)	NIVEL 3	
<i>ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension, 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</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, 375 mg tab dr, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>naproxen 500 mg tab dr</i>	NIVEL 4	
<i>naproxen dr 500 mg tab</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>relafen (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<b>OPIOID ANALGÉSICOS, LONG-ACTING</b>		
<i>fentanyl (12 mcg/hr patch, 25 mcg/hr patch, 50 mcg/hr patch, 75 mcg/hr patch, 100 mcg/hr patch)</i>	NIVEL 4	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl (methadone hcl 10 mg/ml solution, methadone hcl 10 mg/ml solution)</i>	NIVEL 4	PA, NDS
<i>methadone hcl 10 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 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</i>	NIVEL 3	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 30 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 60 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA</b>		
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>acetaminophen-codeine (acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5ml solution, acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml solution, acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml solution, acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5ml solution)</i>	NIVEL 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), 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, 5-217 mg/10ml, 7.5-325 mg/15ml)</i>	NIVEL 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>hydrocodone-acetaminophen (7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab, hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (concentrate) (morphine sulfate (concentrate) 20 mg/ml solution, morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml solution, morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 3	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (morphine sulfate 10 mg/5ml solution, morphine sulfate 10 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 3	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (morphine sulfate 20 mg/5ml solution, morphine sulfate 20 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 3	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab, morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 20 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<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 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

## **ANESTÉSICOS**

### **ANESTÉSICOS LOCALES**

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

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

### **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 4	

### **DEPENDENCIA A OPIOIDES**

<i>buprenorphine hcl (2 mg tab, 8 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg tab, 8-2 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg, 12-3 mg)</i>	NIVEL 4	

### **REVERTIDORES OPIOIDEOS**

KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
----------------------------	---------	-------------------------

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>naloxone hcl (naloxone hcl 0.4 mg/ml soln prsy, naloxone hcl 0.4 mg/ml solution, naloxone hcl 2 mg/2ml soln prsy, naloxone hcl 0.4 mg/ml soln cart, naloxone hcl 4 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 2	

<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
---------------------------------	---------	--

## **ANTITABACO, MEDICAMENTOS**

<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab 12h</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
--	---------	-------------------

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 &amp; 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)
--	---------	-------------------

## **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, 40 mg/ml solution)</i>	NIVEL 4	
--	---------	--

<i>gentamicin sulfate 0.1 % ointment</i>	NIVEL 2	
--	---------	--

<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	NIVEL 2	
------------------------------------	---------	--

STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	NIVEL 4	
--------------------------------------	---------	--

<i>tobramycin sulfate (tobramycin sulfate 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 2 gm/50ml solution, tobramycin sulfate 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 1.2 gm/30ml solution, tobramycin sulfate 10 mg/ml solution, tobramycin sulfate 80 mg/2ml solution)</i>	NIVEL 4	
---	---------	--

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>ANTIBACTERIANOS, OTROS</b>		
<i>aztreonam (1 gm soln, 2 gm 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 (2 % cream, 9 gm/60ml solution, 300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 900 mg/6ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml)</i>	NIVEL 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL (IN 300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, IN 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, IN 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	NIVEL 4	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>daptomycin (daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 500 mg recon soln, daptomycin 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 30 DAYS)
<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 (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>metronidazole (metronidazole 500 mg/100ml solution, metronidazole 0.75 % cream, metronidazole 0.75 % gel, metronidazole 500 mg/100ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (50 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	NIVEL 3	
<i>rosadan 0.75 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>rosadan 0.75 % gel</i>	NIVEL 2	
<i>tigecycline (tigecycline 50 mg recon soln, tigecycline 50 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>trimethoprim (trimethoprim 100 mg tab, trimethoprim 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>vancomycin hcl (vancomycin hcl 250 mg cap, vancomycin hcl 2 gm recon soln, vancomycin hcl 1 gm recon soln, vancomycin hcl 125 mg cap, vancomycin hcl 1.5 gm recon soln, vancomycin hcl 750 mg recon soln, vancomycin hcl 1 gm recon soln, vancomycin hcl 1.25 gm recon soln, vancomycin hcl 1.25 gm recon soln, vancomycin hcl 1.5 gm recon soln, vancomycin hcl 750 mg recon soln, vancomycin hcl 10 gm recon soln, vancomycin hcl 500 mg recon soln, vancomycin hcl 1.75 gm recon soln, vancomycin hcl 10 gm recon soln, vancomycin hcl 100 gm recon soln, vancomycin hcl 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>vancomycin hcl (vancomycin hcl 5 gm recon soln, vancomycin hcl 5 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
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)
<b>BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS</b>		
CEFACLOR (250 MG CAP, 500 MG CAP)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>cefadroxil (250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg/5ml recon susp)</i>	NIVEL 3	
<i>cefazolin sodium (cefazolin sodium 1 gm recon soln, cefazolin sodium 2 gm recon soln, cefazolin sodium 3 gm recon soln, cefazolin sodium 100 gm recon soln, cefazolin sodium 300 gm recon soln, cefazolin sodium 1 gm recon soln, cefazolin sodium 10 gm recon soln, cefazolin sodium 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cefdinir (125 mg/5ml, 250 mg/5ml)</i>	NIVEL 4	
<i>cefdinir 300 mg cap</i>	NIVEL 3	
CEFEPIME HCL (CEFEPIME HCL 1 GM RECON SOLN, CEFEPIME HCL 1 GM/50ML SOLUTION, CEFEPIME HCL 2 GM RECON SOLN, CEFEPIME HCL 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 soln, 2 gm soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cefoxitin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cefprozil proxetil (100 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>cefprozil (125 mg/5ml, 250 mg/5ml)</i>	NIVEL 4	
<i>cefprozil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>ceftaroline fosamil (400 mg soln, 600 mg soln)</i>	NIVEL 5	
CEFTAZIDIME (CEFTAZIDIME 6 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 1 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 2 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>ceftriaxone sodium (ceftriaxone sodium 1 gm recon soln, ceftriaxone sodium 2 gm recon soln, ceftriaxone sodium 10 gm recon soln, ceftriaxone sodium 250 mg recon soln, ceftriaxone sodium 1 gm recon soln, ceftriaxone sodium 2 gm recon soln, ceftriaxone sodium 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm soln, 750 mg soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cephalexin (125 mg/5ml, 250 mg/5ml)</i>	NIVEL 3	
<i>cephalexin (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 2	
TAZICEF (TAZICEF 6 GM RECON SOLN, TAZICEF 2 GM RECON SOLN, TAZICEF 1 GM RECON SOLN, TAZICEF 1 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	
<b>BETALACTÁMICOS, PENICILINAS</b>		
<i>amoxicillin (amoxicillin 125 mg/5ml recon susp, amoxicillin 125 mg chew tab, amoxicillin 200 mg/5ml recon susp, amoxicillin 500 mg cap, amoxicillin 250 mg chew tab, amoxicillin 250 mg cap, amoxicillin 250 mg/5ml recon susp, amoxicillin 400 mg/5ml recon susp, amoxicillin 500 mg tab, amoxicillin 875 mg tab)</i>	NIVEL 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE (200-28.5 MG CHEW TAB, 400-57 MG CHEW TAB)	NIVEL 4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml)</i>	NIVEL 3	
<i>amoxicillin-pot clavulanate (250-125 mg tab, 500-125 mg tab, 875-125 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>ampicillin sodium (ampicillin sodium 1 gm recon soln, ampicillin sodium 1 gm recon soln, ampicillin sodium 10 gm recon soln, ampicillin sodium 250 mg recon soln, ampicillin sodium 2 gm recon soln, ampicillin sodium 2 gm recon soln, ampicillin sodium 125 mg recon soln, ampicillin sodium 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium (ampicillin-sulbactam sodium 1.5 (1-0.5) gm recon soln, ampicillin-sulbactam sodium 1.5 (1-0.5) gm recon soln, ampicillin-sulbactam sodium 3 (2-1) gm recon soln, ampicillin-sulbactam sodium 15 (10-5) gm recon soln)</i>	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 (nafcillin sodium 2 gm recon soln, nafcillin sodium 10 gm recon soln, nafcillin sodium 1 gm recon soln, nafcillin sodium 1 gm recon soln, nafcillin sodium 2 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>penicillin g potassium (5000000 soln, 20000000 soln)</i>	NIVEL 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	NIVEL 4	
<i>penicillin v potassium (penicillin v potassium 125 mg/5ml recon soln, penicillin v potassium 250 mg/5ml recon soln, penicillin v potassium 250 mg tab, penicillin v potassium 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>pfizerpen (5000000 soln, 20000000 soln)</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>piperacillin sod-tazobactam so (2.25 (2-0.25) gm ln, 3-0.375 gm ln, 3.375 (3-0.375) gm ln, 4-0.5 gm ln, 4.5 (4-0.5) gm ln, 13.5 (12-1.5) gm ln, 40.5 (36-4.5) gm ln)</i>	NIVEL 4	
<b>CARBAPENÉMICOS</b>		
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	NIVEL 3	
<i>imipenem-cilastatin (imipenem-cilastatin 500 mg recon soln, imipenem-cilastatin 250 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>meropenem (1 gm soln, 500 mg soln)</i>	NIVEL 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	NIVEL 4	
<b>MACRÓLIDOS</b>		
<i>azithromycin (100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 500 mg soln)</i>	NIVEL 4	
<i>azithromycin (250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i>	NIVEL 2	
AZITHROMYCIN 1 GM PACKET	NIVEL 3	
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	NIVEL 4	
<i>clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>clarithromycin er 500 mg tab 24h</i>	NIVEL 4	
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
<i>erythrocin lactobionate (erythrocin lactobionate 500 mg recon soln, erythrocin lactobionate 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin base (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>fidaxomicin 200 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>QUINOLONAS</b>		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	NIVEL 3	
<i>ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%), 500 mg/5ml (10%))</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 (ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution, 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 (levofloxacin 25 mg/ml solution, levofloxacin 25 mg/ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>levofloxacin in d5w (in 500 mg/100ml, in 750 mg/150ml)</i>	NIVEL 4	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	NIVEL 4	
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
<b>SULFONAMIDAS</b>		
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 800-160 mg/20ml suspension)</i>	NIVEL 3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (400-80 mg tab, 800-160 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 3	
<b>TETRACICLINAS</b>		
<i>avidoxy 100 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>doxy 100 mg recon soln</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<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>mondoxyne nl 100 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 4	

## **ANTICONVULSIVOS**

### **ANTICONVULSIVOS, OTROS**

<i>brivaracetam (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 4	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>brivaracetam 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	ST, QL (20 ML PER 1 DAYS)
BRIVIACT (10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 4	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	ST, QL (20 PER 1 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	NIVEL 5	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 tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<i>divalproex sodium 125 mg cap dr</i>	NIVEL 3	
<i>divalproex sodium er (er 250 mg tab er, er 500 mg tab er)</i>	NIVEL 3	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>	NIVEL 4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>lamotrigine (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>lamotrigine (5 mg chew tab, 25 mg chew tab)</i>	NIVEL 3	
<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 24h</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levetiracetam er 750 mg tab 24h</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>perampanel (4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab, 10 mg tab, 12 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>perampanel 0.5 mg/ml suspension</i>	NIVEL 4	QL (24 ML PER 1 DAYS)
<i>perampanel 2 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>roweepra 500 mg tab</i>	NIVEL 2	
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>subvenite (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (50 ML PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>topiramate (15 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>topiramate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	QL (16 ML PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>valproate sodium (100 mg/ml, 500 mg/5ml)</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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
XCOPRI (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<b>MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>methsuximide 300 mg cap</i>	NIVEL 4	
<b>GAMMA-AMINOBTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS</b>		
<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)
<i>diazepam 2.5 mg gel</i>	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 20 mg gel</i>	NIVEL 4	QL (40 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin (250 mg/5ml, 300 mg/6ml)</i>	NIVEL 4	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)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>phenobarbital (phenobarbital 15 mg tab, phenobarbital 97.2 mg tab, phenobarbital 60 mg/15ml elixir, phenobarbital 64.8 mg tab, phenobarbital 16.2 mg tab, phenobarbital 20 mg/5ml elixir, phenobarbital 30 mg tab, phenobarbital 32.4 mg tab, phenobarbital 60 mg tab, phenobarbital 64.8 mg tab, phenobarbital 100 mg tab, phenobarbital 15 mg tab, phenobarbital 16.2 mg tab, phenobarbital 20 mg/5ml elixir, phenobarbital 30 mg tab, phenobarbital 30 mg/7.5ml elixir, phenobarbital 32.4 mg tab, phenobarbital 60 mg tab, phenobarbital 97.2 mg tab, phenobarbital 100 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>primidone (primidone 50 mg tab, primidone 125 mg tab, primidone 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 (tiagabine hcl 12 mg tab, tiagabine hcl 4 mg tab, tiagabine hcl 16 mg tab, tiagabine hcl 2 mg tab, tiagabine hcl 12 mg tab, tiagabine hcl 16 mg tab)</i>	NIVEL 4	
VALTOCO 10 MG DOSE /0.1ML LIQUID	NIVEL 4	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 /0.1ML LIQD THPK	NIVEL 4	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 0 X 10 /0.1ML LIQD THPK	NIVEL 4	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE /0.1ML LIQUID	NIVEL 4	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>vigabatrin (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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
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

## **CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS**

<i>carbamazepine (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)</i>	NIVEL 4	
<i>carbamazepine (carbamazepine 200 mg chew tab, carbamazepine 100 mg chew tab, carbamazepine 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>carbamazepine er (er 100 mg cap er, er 100 mg tab er, er 200 mg cap er, er 200 mg tab er, er 300 mg cap er, er 400 mg tab er)</i>	NIVEL 4	
DILANTIN 30 MG CAP	NIVEL 4	
<i>epitol 200 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (10 mg/ml, 50 mg/5ml, 100 mg/10ml)</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 3	
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 4	
<i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin 50 mg chew tab</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>phenytoin infatabs infas 50 mg chew</i>	NIVEL 3	
<i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	NIVEL 4	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	NIVEL 5	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	NIVEL 4	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 TAB THPK	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 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 COPRI 14 12.5 MG & 14 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	

## **ANTIDEMENCIALES**

### **ANTIDEMENCIALES, OTROS**

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

### **INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA**

<i>donepezil hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<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 3	
GALANTAMINE HYDROBROMIDE 4 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
<i>galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er, er 16 mg cap er, er 24 mg cap er)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<b>ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA)</b>		
<i>memantine hcl (2 mg/ml, 10 mg/5ml)</i>	NIVEL 4	
<i>memantine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>memantine hcl er (er 7 mg cap er, er 14 mg cap er, er 21 mg cap er, er 28 mg cap er)</i>	NIVEL 4	

## **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 12h</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab 12h</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab 12h</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab 24h</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab 24h</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
EXXUA (18.2 MG TAB ER 24H, 36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	QL (64 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab disp)</i>	NIVEL 3	
<i>mirtazapine (7.5 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	NIVEL 2	
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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA</b>		
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	
PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB	NIVEL 3	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	NIVEL 4	
<b>INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)/INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (SNRI)</b>		
<i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>citalopram hydrobromide (10 mg/5ml, 20 mg/10ml)</i>	NIVEL 3	
<i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er 100 mg tab 24h</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>escitalopram oxalate (5 mg/5ml, 10 mg/10ml)</i>	NIVEL 4	
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 2	
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>	NIVEL 3	
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 2	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sertraline hcl (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	NIVEL 4	
<i>trazodone hcl (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 2	
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 3	
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap er, er 150 mg cap er)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap 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 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>amoxapine (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<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 (doxepin hcl 10 mg cap, doxepin hcl 10 mg/ml conc, doxepin hcl 25 mg cap, doxepin hcl 50 mg cap, doxepin hcl 75 mg cap, doxepin hcl 100 mg cap, doxepin hcl 150 mg cap, doxepin hcl 10 mg/ml conc)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>protriptyline hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

## **ANTIEMÉTICOS**

### **ANTIEMÉTICOS, OTROS**

<i>compro 25 mg suppos</i>	NIVEL 4	
<i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metoclopramide hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metoclopramide hcl (5 mg/5ml, 5 mg/ml, 10 mg/10ml)</i>	NIVEL 4	
<i>perphenazine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<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 4	PA
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	NIVEL 4	

### **COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGENICA**

<i>aprepitant (80 &amp; 125 mg cap thpk, 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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
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

## **ANTIFÚNGICOS**

ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution)</i>	NIVEL 2	
<i>clotrimazole 10 mg troche</i>	NIVEL 4	
CRESEMBA 186 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CRESEMBA 74.5 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>fluconazole (10 mg/ml, 40 mg/ml)</i>	NIVEL 3	
<i>fluconazole (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>fluconazole in sodium chloride (in 200-0.9 mg/100ml-%, in 400-0.9 mg/200ml-%)</i>	NIVEL 4	
<i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 5	
<i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	NIVEL 4	
<i>ketoconazole (2 % cream, 200 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>ketoconazole 2 % shampoo</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>micafungin sodium (micafungin sodium 50 mg recon soln, micafungin sodium 100 mg recon soln, micafungin sodium 50 mg recon soln, micafungin sodium 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)</i>	NIVEL 2	
<i>nystatin 500000 unit tab</i>	NIVEL 3	
<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 %, 0.8 %)</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 (voriconazole 200 mg recon soln, voriconazole 200 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

## **ANTIGOTOSOS**

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

## **ANTIJAQUECOSOS**

### **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)
EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 /ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
NURTEC 75 MG TAB DISP	NIVEL 5	PA, QL (16 PER 30 DAYS)
<b>ALCALOIDES DE ERGOTAMINA</b>		
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB	NIVEL 3	QL (40 PER 28 DAYS)
<b>AGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA (5-HT)</b>		
<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)</i>	NIVEL 3	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan (5 mg/act, 20 mg/act)</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
<b>ANTIMIASTÉNICOS</b>		
<b>PARASIMPATICOMIMÉTICOS</b>		
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	NIVEL 3	
<b>ANTIMICOBACTERIANOS</b>		
<b>ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS</b>		
<i>dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	NIVEL 4	
<b>ANTITUBERCULOSOS</b>		
<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>isoniazid 50 mg/5ml syrup</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
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 (CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TAB, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
LEUKERAN 2 MG TAB	NIVEL 4	
<i>lomustine (10 mg cap, 40 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 4	
MATULANE 50 MG CAP	NIVEL 5	LA

### **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>abirtega 250 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (4 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
EULEXIN 125 MG CAP	NIVEL 3	
FLUTAMIDE 125 MG CAP	NIVEL 3	
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
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

### **ANTIANGIOGÉNICOS**

<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
<i>pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)</i>	NIVEL 5	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
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 50 MG CAP	NIVEL 5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

### **ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES**

<i>fulvestrant (fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr, fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr)</i>	NIVEL 5	
INLURIYO 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>ANTIMETABOLITOS</b>		
<i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	NIVEL 3	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID LOID 40 MG	NIVEL 4	
<b>ANTINEOPLÁSICOS, OTROS</b>		
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
LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB	NIVEL 2	
<i>leucovorin calcium (100 mg soln, 350 mg soln)</i>	NIVEL 4	
<i>leucovorin calcium (15 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	NIVEL 5	
MODEYSO 125 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (20 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
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
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

### **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 ENZIMAS**

AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER	NIVEL 5	LA, QL (66 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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 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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
BALVERSA 4 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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 160 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 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 KIT	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 & 80 KIT	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (3 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
DAURISMO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2 mg tab, 3 mg tab, 5 mg tab)</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
GOMEKLI 1 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (126 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG TAB SOL	NIVEL 5	LA, QL (168 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 2 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HERNEXEOS 60 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HYRNUO 10 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
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
IBTROZI 200 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 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 4	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 (140 MG CAP, 140 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (70 MG CAP, 280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 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
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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
KISQALI (200 MG DOSE) (TAB THPK	NIVEL 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 TAB THPK	NIVEL 5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 TAB THPK	NIVEL 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) (& 2.5 TAB THPK	NIVEL 5	QL (49 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK	NIVEL 5	QL (70 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 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
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	QL (12 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) CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) (110 & CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 & 2 X 4 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) (0 X 10 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) (X 10 & CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) (CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 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 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 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
<i>nilotinib hcl (50 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 5	QL (4 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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
OGSIVEO 150 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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
PAZOPANIB HCL 400 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 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) (TAB THPK	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & TAB THPK	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 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
REVUFORJ 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (8 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
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
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
SCEMBLIX 20 MG TAB	NIVEL 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	NIVEL 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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
TAGRISSE (40 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
TALZENNA 0.25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (3 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
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 (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
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 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 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
<b>RETINOIDES</b>		
<i>bexarotene 1 % gel</i>	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<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	

## COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO

<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

## ANTIPARASITARIOS

### ANTIHELMÍNTICOS

<i>albendazole 200 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	NIVEL 3	
<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 3	
<i>chloroquine phosphate (chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 500 mg tab)</i>	NIVEL 3	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 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
IMPAVIDO 50 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>primaquine phosphate (primaquine phosphate 26.3 base mg tab, primaquine phosphate 26.3 base mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	NIVEL 4	PA
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (6 PER 1 DAYS)

## **ANTIPARKINSONIANOS**

### **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 (2 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 3	
TRIHXYPHENIDYL HCL 0.4 MG/ML SOLUTION	NIVEL 2	

### **ANTIPARKINSONIANOS, OTROS**

<i>amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg cap, 100 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 3	
<i>amantadine hcl 100 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (8 PER 1 DAYS)

### **AGONISTAS DE LA DOPAMINA**

<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	

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

<i>carbidopa 25 mg tab</i>	NIVEL 4	
----------------------------	---------	--

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<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 3	

## **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 3	

## **ANTIPSIÓTICOS**

### **PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS**

<i>chlorpromazine hcl (chlorpromazine hcl 10 mg tab, chlorpromazine hcl 25 mg tab, chlorpromazine hcl 25 mg/ml solution, chlorpromazine hcl 30 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 50 mg tab, chlorpromazine hcl 50 mg/2ml solution, chlorpromazine hcl 100 mg tab, chlorpromazine hcl 100 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 200 mg tab, chlorpromazine hcl 30 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 100 mg/ml conc)</i>	NIVEL 4	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
FLUPHENAZINE HCL (FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML SOLUTION, FLUPHENAZINE HCL 1 MG TAB, FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG TAB, FLUPHENAZINE HCL 5 MG TAB, FLUPHENAZINE HCL 10 MG TAB, FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/5ML ELIXIR, FLUPHENAZINE HCL 5 MG/ML CONC)	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, 100 mg/ml)</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>loxapine succinate (5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	NIVEL 4	QL (8 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (9 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
PIMOZIDE (1 MG TAB, 2 MG TAB)	NIVEL 4	
<i>thioridazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<b>SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS</b>		
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)
<i>asenapine maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg 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
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (4.5 ML PER 365 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK A FNPT TITRTION PCK 1 & 2 & 4 & 6 MG TB	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TA	NIVEL 4	QL (12 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK C PAK 1 & 2 & 6 MG TAB	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 120 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lurasidone hcl 80 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	NIVEL 4	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	
OPIPZA (5 MG FILM, 10 MG FILM)	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OPIPZA 2 MG FILM	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tab er, er 3 mg tab er, er 9 mg tab er)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er 6 mg tab 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 (quetiapine fumarate 25 mg tab, quetiapine fumarate 50 mg tab, quetiapine fumarate 150 mg tab, quetiapine fumarate 100 mg tab, quetiapine fumarate 200 mg tab, quetiapine fumarate 300 mg tab, quetiapine fumarate 400 mg tab)</i>	NIVEL 2	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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 (risperidone 2 mg tab disp, risperidone 0.25 mg tab disp, risperidone 0.5 mg tab disp, risperidone 1 mg tab disp, risperidone 1 mg/ml solution, risperidone 3 mg tab disp, risperidone 4 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
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 (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	NIVEL 4	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 4	
<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
<b>ANTIPSYCHOTICS, OTHER</b>		
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
<b>RESISTENTES AL TRATAMIENTO</b>		
<i>clozapine (12.5 mg tab disp, 25 mg tab disp, 100 mg tab, 100 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab, 200 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<i>clozapine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 3	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (18 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<b>ANTIESPÁSTICOS</b>		
<i>baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>baclofen 5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (16 PER 1 DAYS)
<i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>ANTIVÍRICOS</b>		
<b>ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)</b>		
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, 480 MG TAB)	NIVEL 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<b>ANTIHEPATÍICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)</b>		
<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 4	
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	NIVEL 3	
<b>ANTIHEPÁTICOS CONTRA LA HEPATITIS C</b>		
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)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	NIVEL 3	
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<b>ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)</b>		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
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 NO NUCLEOSÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NNRTI)**

DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT 25 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	NIVEL 5	QL (6 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</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (efavirenz-lamivudine-tenofovir 400-300-300 mg tab, efavirenz-lamivudine-tenofovir 600-300-300 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg</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 24H	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tab 24h</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
PIFELTRO 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>rilpivirine hcl 25 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<b>ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NUCLEOSÍDICOS Y NUCLEOTÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NRTI)</b>		
<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)
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, 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, 300 mg/30ml)</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)
<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 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 1 DAYS)
<b>ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS</b>		
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
<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 300 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 168 OVER TIME)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<b>ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA (PI)</b>		
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 4	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)
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (13 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)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<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 (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	NIVEL 4	QL (10 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	NIVEL 5	QL (9 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)

## **ANTIGRIPALES**

<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	NIVEL 4	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	NIVEL 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	NIVEL 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	NIVEL 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)

## **ANTIHERPÉTICOS**

<i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 3	

## **ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS**

LAGEVRIO 200 MG CAP	NIVEL 5	QL (40 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (150/100) MG & 0MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 10 MG 100MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (11 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 150 MG & 0MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)

## **ANSIOLÍTICOS**

### **ANSIOLÍTICOS, OTROS**

<i>bupirone hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 2	
---	---------	--

### **BENZODIACEPINAS**

<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 0.5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab disp</i>	NIVEL 4	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 4	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<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 tab</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/ml conc</i>	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>	NIVEL 3	QL (12 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 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)

## **BIPOLARES**

### **ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO**

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

## **REGULADORES DE LA GLUCEMIA**

### **ANTIDIABÉTICOS**

<i>acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 3
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 1
<i>glipizide (glipizide 2.5 mg tab, glipizide 5 mg tab, glipizide 10 mg tab)</i>	NIVEL 1
<i>glipizide er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)</i>	NIVEL 2
<i>glipizide xl (2.5 mg tab er, 5 mg tab er, 10 mg tab er)</i>	NIVEL 2

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 4	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	NIVEL 4	
<i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUMET XR (50-500 MG TAB ER 24H, 100-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUVIA 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, 40 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, er 750 mg tab er)</i>	NIVEL 1	
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 3	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) (MG/3ML SOLN PEN)	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
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>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	
RYBELSUS (3 MG TAB, 7 MG TAB, 14 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNJARDY (5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR (5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
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)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XIGDUO XR (5-500 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<b>GLUCÉMICOS</b>		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	NIVEL 5	
<i>glucagon emergency (glucagon emergency 1 mg recon soln, glucagon emergency 1 mg recon soln)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY 1 MG/ML RECON SOLN	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>INSULINAS</b>		
FIASP 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	INS
FIASP FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	INS
FIASP PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	NIVEL 3	INS
FIASP PUMPCART 100 UNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	NIVEL 3	INS
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN KWIK(50-50) 100 UNIT/ML SUSP	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN KWIK(75-25) 100 UNIT/ML SUSP	NIVEL 3	INS
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	INS
HUMULIN 70/30 KWIKPEN KWIK(70-30) 100 UNIT/ML SUSP	NIVEL 3	INS
HUMULIN N 100 UIT/ML SUSPESIO	NIVEL 3	INS
HUMULIN N KWIKPEN KWIK100 UIT/ML SUSP	NIVEL 3	INS
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	INS
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) (CONCENTATED) UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, INS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN KWIKUNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	INS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
INSULIN ASPART FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
INSULIN ASPART PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 /ML SOLN PEN	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	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
NOVOLIN R FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
NOVOLIN R FLEXPEN RELION FLEXELION 100 UNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
NOVOLOG 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	INS
NOVOLOG FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
NOVOLOG FLEXPEN RELION FLEX100 UNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	NIVEL 3	INS
NOVOLOG RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	INS
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 DAYS), INS
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 DAYS), INS

## **HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES**

### **ANTICOAGULANTES**

<i>dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 110 mg cap, 150 mg cap)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
--	---------	-------------------

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
ELIQUIS (0.15 MG CAP SPRINK, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 TAB SOL	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 TAB SOL	NIVEL 3	QL (16 PER 1 DAYS)
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsy, 150 mg/ml soln prsy, 300 mg/3ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium (80 mg/0.8ml soln, 120 mg/0.8ml soln)</i>	NIVEL 4	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsy</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsy</i>	NIVEL 4	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsy</i>	NIVEL 4	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	NIVEL 4	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 4	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml, 5000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	NIVEL 3	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>rivaroxaban 1 mg/ml recon susp</i>	NIVEL 3	QL (20 ML PER 1 DAYS)
<i>rivaroxaban 2.5 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<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	
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 25 mg packet</i>	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 75 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA
RETACRIT (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)
-----------------------------------	---------	-------------------

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>MODIFICADORES PLAQUETARIOS</b>		
<i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap 12h</i>	NIVEL 4	
<i>cilostazol (50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)

## **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 4	
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (18 PER 1 DAYS)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
<i>droxidopa 300 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 4	
METHYLDOPA (METHYLDOPA 500 MG TAB, METHYLDOPA 250 MG TAB, METHYLDOPA 250 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 3	

### **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 2	

### **ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II**

<i>candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>irbesartan (75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>valsartan (40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 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 3	
<i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>	NIVEL 3	
PERINDOPRIL ERBUMINE (PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 8 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 4 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>quinapril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ramipril (1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	NIVEL 1	
<i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 2	

### **ANTIARRÍTMICOS**

<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)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<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 3	
<i>pacerone 200 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>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) (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<b>BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA</b>		
<i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>atenolol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>carvedilol (3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>metoprolol succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>	NIVEL 2	
<i>metoprolol tartrate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>propranolol hcl er (er 60 mg cap er, er 80 mg cap er, er 120 mg cap er, er 160 mg cap er)</i>	NIVEL 2	
<i>timolol maleate (timolol maleate 20 mg tab, timolol maleate 5 mg tab, timolol maleate 10 mg tab, timolol maleate 20 mg tab, timolol maleate 5 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	
<i>felodipine er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)</i>	NIVEL 3	
<i>nifedipine er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)</i>	NIVEL 4	
<i>nifedipine er osmotic release (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)</i>	NIVEL 3	
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	NIVEL 4	

### **BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS**

<i>cartia xt (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er)</i>	NIVEL 3	
<i>cartia xt 300 mg cap er 24h</i>	NIVEL 4	
<i>dilt-xr (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er)</i>	NIVEL 3	
<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 3	
<i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 3	
<i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 3	
<i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 4	
<i>diltiazem hcl er (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er)</i>	NIVEL 3	
<i>diltiazem hcl er (er 60 mg cap er, er 90 mg cap er, er 120 mg cap er)</i>	NIVEL 4	
<i>diltiazem hcl er beads 420 mg cap 24h</i>	NIVEL 4	
<i>taztia xt (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er)</i>	NIVEL 3	
<i>taztia xt (300 mg cap er, 360 mg cap er)</i>	NIVEL 4	
<i>tiadylt er (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er)</i>	NIVEL 3	
<i>tiadylt er (er 300 mg cap er, er 360 mg cap er, er 420 mg cap er)</i>	NIVEL 4	
<i>verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>verapamil hcl er (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er)</i>	NIVEL 3	
<i>verapamil hcl er (er 120 mg tab er, er 180 mg tab er, er 240 mg tab er)</i>	NIVEL 2	
VERAPAMIL HCL ER (ER 300 MG CAP ER 24H, ER 360 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	
<b>CARDIOVASCULARES, OTHER</b>		
<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 (amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab, 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 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>amlodipine-valsartan-hctz (5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab, 10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	NIVEL 3	
CAPTOPRIL- HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	NIVEL 2	
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 (6-6 MG CAP SPRINK, 15-16 MG CAP SPRINK)	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<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 2	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>metyrosine 250 mg cap</i>	NIVEL 5	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-25 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ranolazine er (er 500 mg tab er, er 1000 mg tab er)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>sacubitril-valsartan (24-26 mg tab, 49-51 mg tab, 97-103 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<b>DIURÉTICOS, ASA</b>		
<i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>bumetanide 0.25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>furosemide (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
FUROSEMIDE (8 MG/ML SOLUTION, 10 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 2	
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>torseamide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO</b>		
<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<b>DIURÉTICOS, TIAZIDAS</b>		
<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<b>DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO</b>		
<i>fenofibrate (48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap, 134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>fenofibrate 200 mg cap</i>	NIVEL 3	
<i>fenofibrate micronized (43 mg cap, 130 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>fenofibrate micronized (67 mg cap, 134 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>fenofibric acid (45 mg cap dr, 135 mg cap dr)</i>	NIVEL 3	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	NIVEL 2	
<b>DISLIPIDÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HIDROXIMETILGLUTARIL-COENZIMA A (HMG-COA) REDUCTASA</b>		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>simvastatin (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>DISLIPIDÉMICOS, OTROS</b>		
<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	NIVEL 3	
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	NIVEL 3	
<i>colestipol hcl (1 gm tab, 5 gm granules, 5 gm packet)</i>	NIVEL 4	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) (er 750 mg tab er, er 1000 mg tab er)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	NIVEL 4	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
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	NIVEL 3	PA
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA
<b>SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)</b>		
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL (5 MG TAB, 10 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<b>VASODILADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA</b>		
<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	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>VASODILADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA/VENOUS</b>		
<i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>isosorbide mononitrate (isosorbide mononitrate 10 mg tab, isosorbide mononitrate 20 mg tab, isosorbide mononitrate 10 mg tab, isosorbide mononitrate 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>isosorbide mononitrate er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 120 mg tab er)</i>	NIVEL 2	
NITRO-BID 2 % OINTMENT	NIVEL 3	
<i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch, 0.2 mg/hr patch, 0.4 mg/hr patch, 0.6 mg/hr patch)</i>	NIVEL 3	
<i>nitroglycerin (0.3 mg tab, 0.4 mg tab, 0.6 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)

## **SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL**

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>atomoxetine hcl (60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>guanfacine hcl er (er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er, er 4 mg tab er)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 20 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (3 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 4	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VEOZAH 45 MG TAB	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

### **FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA**

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>pregabalin (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)

## **ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA**

BETASERON 0.3 MG KIT	NIVEL 5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>dalfampridine er 10 mg tab 12h</i>	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate 120 mg cap dr</i>	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate 240 mg cap dr</i>	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 &amp; 240 mg cpdr thpk</i>	NIVEL 4	PA, 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 prsy</i>	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsy</i>	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsy</i>	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsy</i>	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)

## **BUCODENTALES**

<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	NIVEL 3	
<i>oralone 0.1 % paste</i>	NIVEL 3	
<i>periogard 0.12 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	NIVEL 3	

## **DERMATOLÓGICOS**

### **ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR**

<i>accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<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 4	
<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	

## **DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR**

<i>ala-cort 1 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>alclometasone dipropionate (alclometasone dipropionate 0.05 % ointment, alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>betamethasone dipropionate aug (betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream, betamethasone dipropionate aug 0.05 % lotion, betamethasone dipropionate aug 0.05 % gel, betamethasone dipropionate aug 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>betamethasone valerate (betamethasone valerate 0.1 % cream, betamethasone valerate 0.1 % lotion, betamethasone valerate 0.1 % ointment, betamethasone valerate 0.1 % lotion)</i>	NIVEL 3	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>clobetasol propionate 0.05 % liquid</i>	NIVEL 4	QL (250 PER 30 DAYS)
<i>clobetasol propionate e clobetasol propionate 0.05 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>desoximetasone 0.25 % cream</i>	NIVEL 4	
EUCRISA 2 % OINTMENT	NIVEL 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>fluocinonide 0.1 % cream</i>	NIVEL 3	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>fluticasone propionate 0.005 % ointment</i>	NIVEL 3	
<i>fluticasone propionate 0.05 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 4	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>hydrocortisone (hydrocortisone 1 % cream, hydrocortisone 1 % ointment, hydrocortisone 2.5 % cream, hydrocortisone 2.5 % ointment, hydrocortisone 2.5 % lotion, hydrocortisone 2.5 % lotion)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone (perianal) (hydrocortisone (perianal) 1 % cream, hydrocortisone (perianal) 2.5 % cream)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>hydrocortisone butyrate (hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment, hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment)</i>	NIVEL 4	
<i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)</i>	NIVEL 2	
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>selenium sulfide (selenium sulfide 2.5 % lotion, selenium sulfide 2.5 % lotion)</i>	NIVEL 2	
<i>tacrolimus (0.03 %, 0.1 %)</i>	NIVEL 4	QL (100 PER 30 DAYS)
<i>triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>triamcinolone acetonide (triamcinolone acetonide 0.1 % lotion, triamcinolone acetonide 0.025 % lotion, triamcinolone acetonide 0.025 % lotion)</i>	NIVEL 3	
<i>triderm 0.5 % cream</i>	NIVEL 2	
<b>DERMATOLÓGICOS, OTHER</b>		
<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>calcipotriene (calcipotriene 0.005 % ointment, calcipotriene 0.005 % solution, calcipotriene 0.005 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>calcipotriene 0.005 % cream</i>	NIVEL 3	
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	NIVEL 4	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>fluorouracil (fluorouracil 2 % solution, fluorouracil 5 % solution)</i>	NIVEL 3	
<i>fluorouracil 5 % cream</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>imiquimod 5 % cream</i>	NIVEL 4	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>	NIVEL 2	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
OTEZLA XR 75 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>podofilox (podofilox 0.5 % solution, podofilox 0.5 % solution)</i>	NIVEL 3	
<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 4	
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 3	

## **ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS**

<i>ciclodan 8 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	NIVEL 3	
<i>clindamycin phos (once-daily) 1 % gel</i>	NIVEL 4	
<i>clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel</i>	NIVEL 4	
<i>clindamycin phosphate (1 % solution, 1 % swab)</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate 1 % lotion</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin (erythromycin 2 % gel, erythromycin 2 % gel)</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>erythromycin 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	NIVEL 2	

## **ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS**

### **SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES**

<i>dextrose (dextrose 10 % solution, dextrose 5 % solution, dextrose 5 % solution, dextrose 10 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>dextrose in lactated ringers in 5 % solution</i>	NIVEL 4	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	NIVEL 4	
<i>dextrose-sodium chloride (dextrose-sodium chloride 5-0.225 % solution, dextrose-sodium chloride 10-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 10-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.3 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.33 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution)</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>kcl in dextrose-nacl (kcl in dextrose-nacl 20-5-0.2 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i>	NIVEL 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	NIVEL 4	
<i>klor-con 10 (klor-con 10 10 meq tab er, klor-con 10 10 meq tab er)</i>	NIVEL 2	
KLOR-CON 8 MEQ TAB ER	NIVEL 2	
<i>klor-con m10 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con m15 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con m20 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>lactated ringers (lactated ringers solution, lactated ringers solution)</i>	NIVEL 4	
<i>magnesium sulfate (magnesium sulfate 50 % solution, magnesium sulfate 50 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	NIVEL 2	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>potassium chloride (potassium chloride 20 meq/100ml solution, potassium chloride 40 meq/100ml solution, potassium chloride 10 meq/100ml solution, potassium chloride 20 meq/100ml solution, potassium chloride 40 meq/100ml solution, potassium chloride 2 meq/ml solution, potassium chloride 10 % solution, potassium chloride 10 meq/100ml solution, potassium chloride 20 meq/15ml (10%) solution, potassium chloride 40 meq/15ml (20%) solution)</i>	NIVEL 4	
<i>potassium chloride crys er (er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er)</i>	NIVEL 2	
<i>potassium chloride er (potassium chloride er 8 meq cap er, potassium chloride er 8 meq tab er, potassium chloride er 10 meq cap er, potassium chloride er 8 meq tab er, potassium chloride er 15 meq tab er, potassium chloride er 10 meq tab er, potassium chloride er 20 meq tab er)</i>	NIVEL 2	
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	NIVEL 4	
<i>potassium chloride in nacl (potassium chloride in nacl 20-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 20-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 40-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 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 4	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	NIVEL 4	
PREMASOL 10 % SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>prenatal vitamins</i>	NIVEL 3	
<i>ringers solution</i>	NIVEL 4	
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>sodium chloride (sodium chloride 0.45 % solution, sodium chloride 0.9 % solution, sodium chloride 2.5 meq/ml solution, sodium chloride 5 % solution, sodium chloride 0.9 % solution, sodium chloride 3 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>sodium fluoride (sodium fluoride 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, sodium fluoride 0.55 (0.25 f) mg chew tab, sodium fluoride 0.55 (0.25 f) mg chew tab, sodium fluoride 1.1 (0.5 f) mg chew tab, sodium fluoride 2.2 (1 f) mg chew tab, sodium fluoride 1.1 (0.5 f) mg chew tab, sodium fluoride 2.2 (1 f) mg chew tab)</i>	NIVEL 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<b>MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES</b>		
<i>deferasirox (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 5	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	NIVEL 3	
<i>tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 &amp; 15 mg tab thpk, 45 &amp; 15 mg tab thpk, 60 &amp; 30 mg tab thpk, 90 &amp; 30 mg tab thpk)</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tolvaptan 15 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tolvaptan 30 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<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)
<b>QUELANTES DE FOSFATO</b>		
<i>calcium acetate (phos binder) 667 mg cap</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<b>QUELANTES DE POTASIO</b>		
<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	NIVEL 4	
LOKELMA (5 GM PACKET, 10 GM PACKET)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml suspension</i>	NIVEL 4	
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	NIVEL 3	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION, SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION)	NIVEL 4	

## **GASTROINTESTINALES**

### **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, 20 gm/30ml)</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 2	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	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	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 3	
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	NIVEL 2	
XERMELO 250 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES</b>		
<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<b>GASTROINTESTINALES, OTROS</b>		
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	NIVEL 4	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	NIVEL 2	
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	NIVEL 5	PA
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
<i>ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	NIVEL 4	
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)</b>		
<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<b>PROTECTORES</b>		
<i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	NIVEL 2	
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
<i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>	NIVEL 3	
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>omeprazole (10 mg cap dr, 20 mg cap dr)</i>	NIVEL 2	
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i>	NIVEL 2	
<i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO</b>		
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ARALAST NP (500 MG RECON SOLN, 1000 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>betaine powder</i>	NIVEL 5	
<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	
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	NIVEL 3	
<i>l-glutamine 5 gm packet</i>	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levocarnitine 330 mg tab</i>	NIVEL 3	
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
REVCovi 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	NIVEL 5	PA
<i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA
ZENPEP (3000-10000 CP DR PART, 5000-24000 CP DR PART, 10000-32000 CP DR PART, 15000-47000 CP DR PART, 20000-63000 CP DR PART, 25000-79000 CP DR PART, 40000-126000 CP DR PART, 60000-189600 CP DR PART)	NIVEL 3	

## **GENITOURINARIOS**

### **ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS**

GEMTESA 75 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
-------------------	---------	-------------------

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
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, er 10 mg tab er, er 15 mg tab er)</i>	NIVEL 3	
<i>solifenacin succinate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 4	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, er 4 mg cap er)</i>	NIVEL 4	ST
<i>tropium chloride 20 mg tab</i>	NIVEL 3	

### **HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA**

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

### **GENITOURINARIOS, OTROS**

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

### **HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)**

CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	NIVEL 4	
<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, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>dexamethasone 0.5 mg/5ml elixir</i>	NIVEL 3	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	
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, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>methylprednisolone 4 mg tab thpk</i>	NIVEL 2	
<i>methylprednisolone acetate (methylprednisolone acetate 40 mg/ml suspension, methylprednisolone acetate 80 mg/ml suspension, methylprednisolone acetate 40 mg/ml suspension, methylprednisolone acetate 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 (prednisolone sodium phosphate 5 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 6.7 (5 base) mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>prednisolone sodium phosphate 15 mg/5ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>prednisone (1 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
PREDNISON 5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 3	
PREDNISON INTENSOL 5 MG/ML CONC	NIVEL 4	

## **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 (desmopressin acetate spray 0.01 % solution, 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, 200 mg/ml)</i>	NIVEL 3	
<i>testosterone (testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 25 mg/2.5gm (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel, testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel)</i>	NIVEL 4	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>testosterone cypionate (testosterone cypionate 200 mg/ml solution, testosterone cypionate 100 mg/ml solution, testosterone cypionate 200 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)
<b>ESTRÓGENOS</b>		
<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	NIVEL 4	
<i>abra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>abra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 4	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>cryselle 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>cyclafem 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>cyclafem 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
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 4	
<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 4	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	NIVEL 3	
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	NIVEL 3	
<i>enpresse-28 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>estradiol (0.01 % cream, 10 mcg tab)</i>	NIVEL 4	
<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 4	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 4	QL (8 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	NIVEL 4	QL (1 PER 84 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>larissia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>levonest 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	NIVEL 4	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 tab, 0.15-30 tab)</i>	NIVEL 4	
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>lillow 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>luteru 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<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 4	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
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 4	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	NIVEL 4	
<i>mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 4	
<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 4	
<i>norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	NIVEL 4	
<i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 tab, 1.5-30 tab)</i>	NIVEL 4	
<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 4	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>nymyo 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>ocella 3-0.03 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>orsythia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 4	
<i>pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	NIVEL 3	
<i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 4	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>syeda 3-0.03 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<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-linyuh 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	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>trivora (28) 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>valtya 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	NIVEL 4	
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 4	
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 4	
<i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	NIVEL 4	
<i>xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	NIVEL 4	
<i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	NIVEL 3	
<i>yuvaferm 10 mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	NIVEL 3	
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	NIVEL 4	
<b>PROGESTINAS</b>		
<i>camila 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 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	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	NIVEL 3	
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsy, 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
<i>meleya 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	NIVEL 3	
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>norlyda 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>orquidea 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	

### **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)

### **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	
---	---------	--

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<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 3	
REZDIFFRA (60 MG TAB, 80 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
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 4	
<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	

## **HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)**

<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	NIVEL 4	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	NIVEL 5	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>octreotide acetate (octreotide acetate 50 mcg/ml solution, octreotide acetate 100 mcg/ml solution, octreotide acetate 200 mcg/ml solution, octreotide acetate 500 mcg/ml solution, octreotide acetate 1000 mcg/ml solution, octreotide acetate 50 mcg/ml soln prsyr, octreotide acetate 100 mcg/ml soln prsyr)</i>	NIVEL 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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	

## **HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)**

### **ANTITIROIDEOS**

<i>methimazole (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	NIVEL 3	

## **INMUNOLÓGICOS**

### **ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL**

HAEGARDA (2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN)	NIVEL 5	PA, LA
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>INMUNOGLOBULINAS</b>		
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
<b>INMUNOLÓGICOS, OTHER</b>		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA
AURANOFIN 3 MG CAP	NIVEL 3	
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS)
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 /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)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 MG TAB TH	NIVEL 5	PA, QL (41 PER 28 DAYS)
RIDAURA 3 MG CAP	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
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 /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 SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB 45 MG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB-AEKN 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB-AEKN 90 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (1 ML 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 (75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR (75 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)
YESINTEK (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	NIVEL 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (104 ML PER 365 OVER TIME)
YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>INMUNOESTIMULANTES</b>		
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)
<b>INMUNOSUPRESORES</b>		
<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)
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 (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>everolimus 0.25 mg tab</i>	NIVEL 4	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)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 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 4	
METHOTREXATE SODIUM (50 MG/2ML SOLUTION, 250 MG/10ML SOLUTION)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) (methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution, methotrexate sodium (pf) 250 mg/10ml solution, methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 1000 mg/40ml solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 500 mg soln)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)</i>	NIVEL 3	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 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) RINGE) 80 MG/0.8ML PREF KT	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) RINGE) 20 MG/0.2ML PREF KT	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) RINGE) 40 MG/0.4ML PREF 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
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<b>VACUNAS</b>		
ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	NIVEL 3	VAC
ACTHIB RECONSOLN	NIVEL 3	
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	NIVEL 3	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	NIVEL 4	VAC
BEXSERO SUSPPRSYR	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 23-15-5SUSPENSION	NIVEL 3	
DENGVAXIA RECONSUSP	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 SUSPENSION, 9 0.5 ML SUSP PRSYR)	NIVEL 4	VAC
HAVRIX (720 U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 U/0.5ML SUSPENSION)	NIVEL 3	
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC

Puede encontrar información sobre el significado de los  
símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
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 4	VAC
INFANRIX 25-58-10SUSPENSION	NIVEL 3	
IPOL SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
IXIARO SUSPENSION	NIVEL 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	
M-M-R II RECONSOLN	NIVEL 3	VAC
MENACTRA SOLUTION	NIVEL 3	VAC
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	NIVEL 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	NIVEL 3	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
PEDIARIX SUSPPRSYR	NIVEL 3	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
PENMENVY RECONSUSP	NIVEL 3	
PENTACEL RECONSUSP	NIVEL 3	
PRIORIX RECONSUSP	NIVEL 3	VAC
PROQUAD RECONSUSP	NIVEL 4	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	
RABAVERT RECONSUSP	NIVEL 4	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	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
ROTATEQ SOLUTION	NIVEL 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	QL (1 ML PER 365 DAYS), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
TRUMENBA SUSPPRSYR	NIVEL 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	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 SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION)	NIVEL 3	
VAQTA (50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	NIVEL 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
VAXCHORA RECONSUSP	NIVEL 4	VAC
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	
VIVOTIF CAPDR	NIVEL 4	
YF-VAX RECONSUSP	NIVEL 4	VAC

## **ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA**

### **AMINOSALICILATOS**

<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	NIVEL 3	
<i>mesalamine (4 gm enema, 1000 mg suppos)</i>	NIVEL 4	
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>mesalamine er 0.375 gm cap 24h</i>	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<b>GLUCOCORTICOIDES</b>		
<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	NIVEL 4	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>budesonide er 9 mg tab 24h</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg/60ml enema)</i>	NIVEL 3	
<b>ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA</b>		
<i>alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)</i>	NIVEL 1	
ALENDRONATE SODIUM 5 MG TAB	NIVEL 2	
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	NIVEL 3	QL (3.7 PER 30 DAYS)
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i>	NIVEL 2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>teriparatide (teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen, teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen)</i>	NIVEL 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	NIVEL 5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (1.7 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>zoledronic acid (zoledronic acid 4 mg/100ml solution, zoledronic acid 4 mg/5ml conc, zoledronic acid 5 mg/100ml solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS</b>		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32GX4MMMISC	NIVEL 3	
ALCOHOL 70% PADS	NIVEL 2	
ALCOHOL PREP PAD	NIVEL 2	
ALCOHOL PREP PADS S 70 %	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	
ARGYLE STERILE WATER SOLUTION	NIVEL 2	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31GX5MMMISC	NIVEL 3	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30GX5MMMISC	NIVEL 3	
AUM ALCOHOL PREP PADS S 70 %	NIVEL 2	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)	NIVEL 3	
AUM PEN NEEDLE (PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC, PEN 33G 4 MISC, PEN 33G 5 MISC, PEN 33G 6 MISC)	NIVEL 3	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM MISC	NIVEL 3	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2"PAD	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	NIVEL 2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (27G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 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 S 70 %	NIVEL 2	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2"PAD	NIVEL 2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.3 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 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	
DROPLET MICRON 34GX3.5MMMISC	NIVEL 3	
DROPLET PEN NEEDLES (PEN 29G 10MM MISC, PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC, PEN 32G 8 MM MISC)	NIVEL 3	
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO (4 MISC, 5 MISC, 8 MISC)	NIVEL 3	
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 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	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (29G 5/16" 0.5 ML MISC, 29G 5/16" 1 ML MISC, 31G 1/2" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 32G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los  
símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
EASY COMFORT PEN NEEDLES (PEN 29G 4MM MISC, PEN 29G 5MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	NIVEL 3	
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML MISC	NIVEL 3	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30GX5MMMISC	NIVEL 3	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (5/16" 0.3 ML MISC, 15/64" 0.3 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" ML MISC	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 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	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 3GX4MMMISC	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32GX4MMMISC	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 29GX12.7MMMISC	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 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	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70 % PAD	NIVEL 2	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 1 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G 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	
INSUPEN32G EXTR3ME 6MMMISC	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	
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 (PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
PEN NEEDLES (PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
PENBRAYA RECONSUSP	NIVEL 3	VAC

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
PRO COMFORT ALCOHOL 70 % PAD	NIVEL 2	
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 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 4 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC, PEN 32G 8 MM MISC, PEN 33G 4 MM MISC, PEN 33G 5 MM MISC, PEN 33G 6 MM MISC, PEN 33G 8 MM MISC)	NIVEL 3	
<i>ringers irrigation (ringers irrigation solution, 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 (sterile water for irrigation solution, 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 32GX4MMMISC	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	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 6 MISC)	NIVEL 3	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
UNIFINE PENTIPS 32GX4MM 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 (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, 30G 5/16" 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	

## OFTÁLMICOS

### OFTÁLMICOS, OTROS

<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	NIVEL 2	
---	---------	--

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>atropine sulfate (atropine sulfate 1 % solution, atropine sulfate 1 % solution)</i>	NIVEL 3	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc (bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment, bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment)</i>	NIVEL 3	
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal (dorzolamide hcl-timolol mal 2-0.5 % solution, dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution, dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	NIVEL 3	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	NIVEL 3	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (neomycin-bacitracin zn-polymyx 3.5-400-10000 ointment, neomycin-bacitracin zn-polymyx 5-400-10000 ointment, neomycin-bacitracin zn-polymyx 5-400-10000 ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	NIVEL 3	
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	NIVEL 2	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	NIVEL 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 4	
XDEMYVY 0.25 % SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS</b>		
<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>cromolyn sodium (cromolyn sodium 4 % solution, cromolyn sodium 4 % solution)</i>	NIVEL 2	
<b>OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS</b>		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	
<i>erythromycin (erythromycin 5 mg/gm ointment, erythromycin 5 mg/gm ointment)</i>	NIVEL 2	
GENTAK 0.3 % OINTMENT	NIVEL 2	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	NIVEL 2	
LEVOFLOXACIN (LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION, LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION, LEVOFLOXACIN 1.5 % SOLUTION)	NIVEL 4	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	NIVEL 4	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	NIVEL 4	
NATACYN 5 % SUSPENSION	NIVEL 4	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>	NIVEL 2	
<i>sulfacetamide sodium (sulfacetamide sodium 10 % ointment, sulfacetamide sodium 10 % solution, sulfacetamide sodium 10 % solution)</i>	NIVEL 2	
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	NIVEL 2	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	NIVEL 3	
ZIRGAN 0.15 % GEL	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)
<b>OFTÁLMICOS ANTIINFLAMATORIOS</b>		
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	NIVEL 3	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	NIVEL 2	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	NIVEL 3	QL (3 PER 30 DAYS)
<i>ketorolac tromethamine 0.4 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>ketorolac tromethamine 0.5 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>	NIVEL 3	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	NIVEL 2	

### **OPHTHALMIC BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA**

<i>betaxolol hcl (betaxolol hcl 0.5 % solution, betaxolol hcl 0.5 % solution)</i>	NIVEL 3	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>timolol maleate (0.25 % gel soln, 0.5 % gel soln)</i>	NIVEL 4	
<i>timolol maleate (0.25 %, 0.5 %)</i>	NIVEL 1	

### **OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS**

<i>acetazolamide er 500 mg cap 12h</i>	NIVEL 4	
<i>apraclonidine hcl (apraclonidine hcl 0.5 % solution, apraclonidine hcl 0.5 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>brimonidine tartrate 0.1 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>dorzolamide hcl (dorzolamide hcl 2 % solution, dorzolamide hcl 2 % solution)</i>	NIVEL 2	
<i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>pilocarpine hcl (1 %, 2 %, 4 %)</i>	NIVEL 3	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS</b>		
<i>latanoprost (latanoprost 0.005 % solution, latanoprost 0.005 % solution)</i>	NIVEL 1	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)
<b>ÓTICOS</b>		
<i>acetic acid 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>ciprofloxacin hcl 0.2 % solution</i>	NIVEL 4	
<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 4	
<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 3	
<b>TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL</b>		
<b>ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR</b>		
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)
ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
ASMANEX HFA (50 MCG/ACT AEROSOL, 100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL)	NIVEL 3	QL (13 PER 30 DAYS)
<i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
QVAR REDHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	NIVEL 3	QL (21.2 PER 30 DAYS)
<b>ANTIHIISTAMÍNICOS</b>		
<i>azelastine hcl (0.1 %, 137 mcg/spray)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 25 DAYS)
<i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	NIVEL 4	PA
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 3	PA
<i>hydroxyzine pamoate (hydroxyzine pamoate 50 mg cap, hydroxyzine pamoate 100 mg cap, hydroxyzine pamoate 25 mg cap)</i>	NIVEL 3	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<b>ANTILEUCOTRIENOS</b>		
<i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 5 mg chew tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>montelukast sodium 4 mg packet</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<b>BRONCODILATADORES, ANTICHLINERGIC</b>		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 4	QL (25.8 GM 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)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>tiotropium bromide 18 mcg cap</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<b>BRONCODILADORES, SYMPATHOMIMETIC</b>		
<i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	NIVEL 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN)	NIVEL 2	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 2 mg/5ml syrup, 4 mg tab, 8 mg/20ml syrup)</i>	NIVEL 4	
<i>albuterol sulfate (albuterol sulfate 0.63 mg/3ml nebu soln, albuterol sulfate 1.25 mg/3ml nebu soln, albuterol sulfate 2.5 mg/0.5ml nebu soln, albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, albuterol sulfate (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, albuterol sulfate (5 mg/ml) 0.5% nebu soln)</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>epinephrine (epinephrine 0.3 mg/0.3ml soln a-inj, epinephrine 0.15 mg/0.15ml soln a-inj, epinephrine 0.3 mg/0.3ml soln a-inj, epinephrine 0.15 mg/0.3ml soln a-inj)</i>	NIVEL 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENAClick)	NIVEL 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml soln, 0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/0.5ml soln, 1.25 mg/3ml soln)</i>	NIVEL 4	PA
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<b>FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA</b>		
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)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
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)

### **ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS**

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

### **INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS**

<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	NIVEL 4	QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>theophylline er (theophylline er 300 mg tab er 12h, theophylline er 400 mg tab er 24h, theophylline er 450 mg tab er 12h, theophylline er 600 mg tab er 24h, theophylline er 100 mg tab er 12h, theophylline er 200 mg tab er 12h)</i>	NIVEL 3	

### **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>ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
OPSUMIT 10 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
UPTRAVI (200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB, 1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	NIVEL 5	PA, LA, QL (200 PER 180 OVER TIME)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 21 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA</b>		
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)
<b>TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL</b>		
<i>acetylcysteine (10 %, 20 %)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (45-21 MCG/ACT AEROSOL, 115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL)	NIVEL 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (50-25 MCG/INH AER POW BA, 100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>breyna (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)</i>	NIVEL 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)</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 4	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, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)</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	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
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, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)

## **MIORRELAJANTES**

<i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA
<i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA

## **TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS**

### **DORMIR, MEDICAMENTOS PARA**

<i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 15 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 30 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>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)

### **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)
<i>sodium oxybate (sodium oxybate 500 mg/ml solution, sodium oxybate 500 mg/ml solution)</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

# Índice de medicamentos

## A

abacavir sulfate	48	Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin)	114
abacavir sulfate-lamivudine	48	albuterol sulfate	114
ABELCET	23	albuterol sulfate hfa	114
ABILIFY MAINTENA	42	alclometasone dipropionate	71
abiraterone acetate	26	ALCOHOL 70% PADS	103
abirtega	26	ALCOHOL PREP	103
ABRYSVO	99	ALCOHOL PREP PADS	103
acamprosate calcium	4	ALCOHOL SWABS	103
acarbose	52	ALCOHOL SWABSTICK	103
accutane	70	alcohol wipes	73
acebutolol hcl	61	ALDURAZYME	81
acetaminophen-codeine	2	ALECENSA	29
acetazolamide	63	alendronate sodium	102
acetazolamide er	111	ALENDRONATE SODIUM	102
acetic acid	112	alfuzosin hcl er	82
acetylcysteine	116	aliskiren fumarate	63
acitretin	70	allopurinol	24
ACTHIB	99	alosetron hcl	79
ACTIMMUNE	97	alprazolam	51
acyclovir	50	altavera	85
acyclovir sodium	51	ALUNBRIG	29
ADACEL	99	alyacen 1/35	85
adefovir dipivoxil	46	alyacen 7/7/7	85
ADEMPAS	115	amantadine hcl	40
ADVAIR HFA	116	ambrisentan	115
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	103	amikacin sulfate	5
afirmelle	85	amiloride hcl	66
AIMOVIG	24	amiloride-hydrochlorothiazide	63
ak-poly-bac	108	amiodarone hcl	60
AKEEGA	28	amitriptyline hcl	21
ala-cort	71	amlodipine besy-benazepril hcl	63
albendazole	39	amlodipine besylate	62
ALBUTEROL 90MCG HFA INHALER (GENERIC PROAIR)	114	amlodipine besylate-valsartan	63
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Proair)	114	amlodipine-olmesartan	64
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Proventil)	114	amlodipine-valsartan-hctz	64
		ammonium lactate	71
		amnesteem	71
		amoxapine	21
		amoxicillin	9
		AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE	9

amoxicillin-pot clavulanate	9	atropine sulfate	109
amphetamine-dextroamphetamine	68	ATROVENT HFA	113
AMPHOTERICIN B	23	aubra	85
amphotericin b liposome	23	aubra eq	85
ampicillin	9	AUGTYRO	28
ampicillin sodium	10	AUM ALCOHOL PREP PADS	103
ampicillin-sulbactam sodium	10	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	103
anagrelide hcl	58	AUM PEN NEEDLE	103
anastrozole	29	AURANOFIN	95
ANORO ELLIPTA	116	aurovela 1.5/30	85
apraclonidine hcl	111	aurovela 1/20	85
aprepitant	22	aurovela fe 1.5/30	85
apri	85	aurovela fe 1/20	85
APTIVUS	49	AUVELITY	19
AQ INSULIN SYRINGE	103	aviane	85
AQINJECT PEN NEEDLE	103	avidoxy	12
ARALAST NP	81	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	29
ARANELLE	85	ayuna	85
ARCALYST	95	AYVAKIT	29
AREXVY	99	azathioprine	97
ARGYLE STERILE WATER	103	AZATHIOPRINE SODIUM	97
ARIKAYCE	5	azelastine hcl	110,113
aripiprazole	42	azithromycin	11
armodafinil	117	AZITHROMYCIN	11
ARNUIITY ELLIPTA	112	aztreonam	6
asenapine maleate	42	azurette	85
ASMANEX (120 METERED DOSES)	112		
ASMANEX (14 METERED DOSES)	112	<b>B</b>	
ASMANEX (30 METERED DOSES)	112	bac (butalbital-acetamin-caff)	69
ASMANEX (60 METERED DOSES)	112	bacitra-neomycin-polymyxin-hc	109
ASMANEX HFA	113	BACITRACIN	110
aspirin-dipyridamole er	59	BACITRACIN-POLYMYXIN B	109
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	103	baclofen	45
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	103	balsalazide disodium	101
atazanavir sulfate	49	BALVERSA	29,30
atenolol	61	balziva	85
atenolol-chlorthalidone	64	BAQSIMI ONE PACK	54
atomoxetine hcl	68,69	BAQSIMI TWO PACK	54
atorvastatin calcium	66	BARACLUDE	46
atovaquone	39	BCG VACCINE	99
atovaquone-proguanil hcl	39	BD INSULIN SYRINGE	103

BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM		BRUKINSA . . . . .	30
MISC . . . . .	103	budesonide . . . . .	102,113
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM		budesonide er . . . . .	102
MISC . . . . .	103	budesonide-formoterol fumarate . . . . .	116
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM		bumetanide . . . . .	65
MISC . . . . .	103	buprenorphine hcl . . . . .	4
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM		buprenorphine hcl-naloxone hcl . . . . .	4
MISC . . . . .	103	bupropion hcl . . . . .	19
benazepril hcl . . . . .	60	bupropion hcl er (smoking det) . . . . .	5
benazepril-hydrochlorothiazide . . . . .	64	bupropion hcl er (sr) . . . . .	19
BENLYSTA . . . . .	95	bupropion hcl er (xl) . . . . .	19
benztropine mesylate . . . . .	40	buspironone hcl . . . . .	51
BESIVANCE . . . . .	12	butalbital-apap-caffeine . . . . .	69
BESREMI . . . . .	97		
betaine . . . . .	81	<b>C</b>	
betamethasone dipropionate . . . . .	71	CABENUVA . . . . .	49
betamethasone dipropionate aug . . . . .	71	cabergoline . . . . .	93
betamethasone valerate . . . . .	72	CABOMETYX . . . . .	30
BETASERON . . . . .	70	calcipotriene . . . . .	73
betaxolol hcl . . . . .	61,111	calcitonin (salmon) . . . . .	102
bethanechol chloride . . . . .	82	calcitrene . . . . .	73
bexarotene . . . . .	38,39	calcitriol . . . . .	102
BEXSERO . . . . .	99	CALCITRIOL . . . . .	102
bicalutamide . . . . .	26	calcium acetate (phos binder) . . . . .	78
BICILLIN L-A . . . . .	10	CALQUENCE . . . . .	30
BIKTARVY . . . . .	46	camila . . . . .	91
BIOGUARD GAUZE SPONGES . . . . .	103	candesartan cilexetil . . . . .	59
bisoprolol fumarate . . . . .	61	candesartan cilexetil-hctz . . . . .	64
bisoprolol-hydrochlorothiazide . . . . .	64	CAPLYTA . . . . .	42
blisovi fe 1.5/30 . . . . .	85	CAPRELSA . . . . .	30
blisovi fe 1/20 . . . . .	85	captopril . . . . .	60
BOOSTRIX . . . . .	99	CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE . . . . .	64
BOSULIF . . . . .	30	carbamazepine . . . . .	17
BRAFTOVI . . . . .	30	carbamazepine er . . . . .	17
BREO ELLIPTA . . . . .	116	carbidopa . . . . .	40
breynd . . . . .	116	carbidopa-levodopa . . . . .	41
briellyn . . . . .	85	carbidopa-levodopa er . . . . .	41
brimonidine tartrate . . . . .	111	CARETOUCH ALCOHOL PREP . . . . .	104
brivaracetam . . . . .	13	carglumic acid . . . . .	81
BRIVIACT . . . . .	13	CARTEOLOL HCL . . . . .	111
bromocriptine mesylate . . . . .	40	cartia xt . . . . .	62

carvedilol.....	61	claravis.....	71
cataflam.....	1	CLARITHROMYCIN.....	11
CAYSTON.....	6	clarithromycin.....	11
caziant.....	85	clarithromycin er.....	11
CEFACTOR.....	7	clindamycin hcl.....	6
cefadroxil.....	8	clindamycin palmitate hcl.....	6
cefazolin sodium.....	8	clindamycin phos (once-daily).....	74
cefdinir.....	8	clindamycin phos (twice-daily).....	74
CEFEPIME HCL.....	8	clindamycin phosphate.....	6,74
cefixime.....	8	clindamycin phosphate in d5w.....	6
cefotetan disodium.....	8	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL.....	6
cefoxitin sodium.....	8	clobazam.....	15
cefpodoxime proxetil.....	8	clobetasol prop emollient base.....	72
cefprozil.....	8	clobetasol propionate.....	72
ceftaroline fosamil.....	8	clobetasol propionate e.....	72
CEFTAZIDIME.....	8	clomipramine hcl.....	21
ceftriaxone sodium.....	9	clonazepam.....	51
cefuroxime axetil.....	9	clonidine.....	59
cefuroxime sodium.....	9	clonidine hcl.....	59
celecoxib.....	1	clopidogrel bisulfate.....	59
cephalexin.....	9	clorazepate dipotassium.....	51
chateal.....	85	clotrimazole.....	23
chateal eq.....	85	clotrimazole-betamethasone.....	73
chlorhexidine gluconate.....	70	clozapine.....	45
chloroquine phosphate.....	39	COARTEM.....	39
chlorpromazine hcl.....	41	COBENFY.....	45
chlorthalidone.....	66	COBENFY STARTER PACK.....	45
cholestyramine.....	67	colchicine.....	24
cholestyramine light.....	67	colchicine-probenecid.....	24
ciclodan.....	74	colestipol hcl.....	67
ciclopirox.....	74	colistimethate sodium (cba).....	6
ciclopirox olamine.....	74	COMBIVENT RESPIMAT.....	116
cilostazol.....	59	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	30
CIMDUO.....	48	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	30
cimetidine.....	80	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	30
cinacalcet hcl.....	102	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	104
ciprofloxacin.....	12	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	104
ciprofloxacin hcl.....	12,112	compro.....	22
ciprofloxacin in d5w.....	12	constulose.....	79
ciprofloxacin-dexamethasone.....	112	COPIKTRA.....	30
citalopram hydrobromide.....	20	CORLANOR.....	64

CORTISONE ACETATE.....	82	deferasirox.....	78
CORTISPORIN-TC.....	112	DELSTRIGO.....	47
COSENTYX.....	95	delyla.....	86
COSENTYX (300 MG DOSE).....	95	DENGVAXIA.....	99
COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	95	DEPO-ESTRADIOL.....	86
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	95	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	91
COSENTYX UNOREADY.....	95	depo-testosterone.....	84
COTELLIC.....	30	DERMOTIC.....	112
CREON.....	81	DESCOVY.....	48
CRESEMBA.....	23	desipramine hcl.....	21
cromolyn sodium.....	80,110,115	desmopressin ace spray refrig.....	84
cryselle.....	85	desmopressin acetate.....	84
cryselle-28.....	85	desmopressin acetate pf.....	84
CVS ALCOHOL PREP PADS.....	104	desmopressin acetate spray.....	84
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE.....	104	desogestrel-ethinyl estradiol.....	86
cvs isopropyl alcohol wipes.....	73	desoximetasone.....	72
cyclafem 1/35.....	85	desvenlafaxine succinate er.....	20
cyclafem 7/7/7.....	85	dexamethasone.....	82,83
cyclobenzaprine hcl.....	117	DEXAMETHASONE.....	83
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	26	DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID.....	83
cyclosporine.....	97	dexamethasone sod phosphate pf.....	83
cyclosporine modified.....	97	DEXAMETHASONE SODIUM	
cyproheptadine hcl.....	113	PHOSPHATE.....	83,110
cyred.....	86	dexmethylphenidate hcl.....	69
cyred eq.....	86	dextroamphetamine sulfate.....	68
<b>D</b>		dextrose.....	75
dabigatran etexilate mesylate.....	56	dextrose in lactated ringers.....	75
dalfampridine er.....	70	DEXTROSE-NACL.....	75
danazol.....	84	dextrose-sodium chloride.....	75
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL.....	67	DIACOMIT.....	13
dapsone.....	25	diazepam.....	15,52
DAPTACEL.....	99	diazepam intensol.....	52
daptomycin.....	6	diazoxide.....	54
darunavir.....	49	diclofenac potassium.....	1
dasatinib.....	30,31	diclofenac sodium.....	1,110
dasetta 1/35.....	86	diclofenac sodium er.....	1
dasetta 7/7/7.....	86	dicloxacillin sodium.....	10
DAURISMO.....	31	dicyclomine hcl.....	80
deblitane.....	91	DIFICID.....	11
decadron.....	82	diflunisal.....	1
		digitek.....	60

digox.	60	dronabinol	22
digoxin	61	DROPLET INSULIN SYRINGE	104
dihydroergotamine mesylate	25	DROPLET MICRON	104
DILANTIN	17	DROPLET PEN NEEDLES	104
dilt-xr	62	DROPSAFE AUTOPROTECT DUO	104
diltiazem hcl	62	DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE	104
DILTIAZEM HCL 120 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE	62	drosiprenone-ethinyl estradiol	86
DILTIAZEM HCL 180 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE	62	DROXIA	81
DILTIAZEM HCL 240 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE	62	droxidopa	59
DILTIAZEM HCL 300 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE	62	duloxetine hcl	69
DILTIAZEM HCL 360 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE	63	DUPIXENT	95
diltiazem hcl er	63	dutasteride	82
diltiazem hcl er beads	63	<b>E</b>	
dimethyl fumarate	70	EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	104
dimethyl fumarate starter pack	70	EASY COMFORT PEN NEEDLES	105
diphenoxylate-atropine	79	EASY TOUCH INSULIN BARRELS	105
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT	99	ec-naproxen	1
disulfiram	4	EDURANT	47
divalproex sodium	13	EDURANT PED	47
divalproex sodium er	13	EFAVIRENZ	47
dofetilide	61	efavirenz	47
donepezil hcl	18	efavirenz-emtricitab-tenofo df	47
DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 10 MG	18	efavirenz-lamivudine-tenofovir	47
DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 5 MG	18	elinest	86
dorzolamide hcl	111	ELIQUIS	57
dorzolamide hcl-timolol mal	109	ELIQUIS (1.5 MG PACK)	57
dotti	86	ELIQUIS (2 MG PACK)	57
DOVATO	46	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	57
doxazosin mesylate	59	eltrombopag olamine	58
doxepin hcl	21	eluryng	86
doxy 100	12	EMBECTA AUTOSHIELD DUO	105
doxycycline hyclate	13	EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT	105
doxycycline monohydrate	13	EMBECTA INSULIN SYRINGE	105
DRIZALMA SPRINKLE	69	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100	105
		EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500	105
		EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F	105
		EMBECTA PEN NEEDLE NANO	105
		EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	105
		EMBECTA PEN NEEDLE U/F	105
		EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE	105

EMBRACE PEN NEEDLES.....	105	erythromycin.....	74,75,110
EMGALITY.....	24	erythromycin base.....	11
EMGALITY (300 MG DOSE).....	24	erythromycin lactobionate.....	11
emoquette.....	86	ERZOFRI.....	42,43
EMSAM.....	20	escitalopram oxalate.....	20
emtricitab- rilpivir- tenofov df.....	47	eslicarbazepine acetate.....	17
emtricitabine.....	48	estarylla.....	86
emtricitabine- tenofovir df.....	48	estradiol.....	86
EMTRIVA.....	48	ESTRING.....	86
emzahh.....	91	eszopiclone.....	117
enalapril maleate.....	60	ethambutol hcl.....	25
enalapril- hydrochlorothiazide.....	64	ethosuximide.....	15
ENBREL.....	97	ethynodiol diac- eth estradiol.....	87
ENBREL MINI.....	97	etodolac er.....	1
ENBREL SURECLICK.....	97	etonogestrel- ethinyl estradiol.....	87
endocet.....	2	etravirine.....	47
ENGERIX-B.....	99	EUCRISA.....	72
enilloring.....	86	EULEXIN.....	26
enoxaparin sodium.....	57	euthyrox.....	92
enpresse-28.....	86	everolimus.....	31,97
ENSACOVE.....	29	EVOTAZ.....	49
enskyce.....	86	exemestane.....	29
entacapone.....	40	EXXUA.....	19
entecavir.....	46	EXXUA TITRATION PACK.....	19
ENTRESTO.....	64	ezetimibe.....	67
enulose.....	79	ezetimibe- simvastatin.....	67
ENVARUSUS XR.....	97		
EPIDIOLEX.....	13	<b>F</b>	
epinephrine.....	114	falmina.....	87
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK).....	114	famciclovir.....	51
epitol.....	17	famotidine.....	80
EPIVIR HBV.....	46	FANAPT.....	43
ERGOLOID MESYLATES.....	18	FANAPT TITRATION PACK A.....	43
ERGOTAMINE- CAFFEINE.....	25	FANAPT TITRATION PACK B.....	43
ERIVEDGE.....	31	FANAPT TITRATION PACK C.....	43
ERLEADA.....	26	FARXIGA.....	67
erlotinib hcl.....	31	feirza 1.5/30.....	87
errin.....	91	feirza 1/20.....	87
ertapenem sodium.....	11	felbamate.....	13
erythrocin lactobionate.....	11	felodipine er.....	62
		femynor.....	87

fenofibrate.....	66	FRUZAQLA.....	28
fenofibrate micronized.....	66	FULPHILA.....	58
fenofibric acid.....	66	fulvestrant.....	27
fentanyl.....	2	furosemide.....	65
FETZIMA.....	20	FUROSEMIDE.....	65
FETZIMA TITRATION.....	20	fyavolv.....	87
FIASP.....	55		
FIASP FLEXTOUCH.....	55	<b>G</b>	
FIASP PENFILL.....	55	gabapentin.....	15
FIASP PUMPCART.....	55	galantamine hydrobromide.....	18
fidaxomicin.....	11	GALANTAMINE HYDROBROMIDE.....	18
finasteride.....	82	galantamine hydrobromide er.....	18
fingolimod hcl.....	70	gallifrey.....	91
FINTEPLA.....	13	GAMUNEX-C.....	95
flecainide acetate.....	61	GARDASIL 9.....	99
fluconazole.....	23	GAUZE PADS 2.....	105
fluconazole in sodium chloride.....	23	GAVILYTE-C.....	80
flucytosine.....	23	gavilyte-g.....	80
fludrocortisone acetate.....	83	gavilyte-n with flavor pack.....	79
flunisolide.....	116	GAVRETO.....	31
fluocinolone acetonide.....	72	gefitinib.....	31
fluocinonide.....	72	gemfibrozil.....	66
fluocinonide emulsified base.....	72	GEMTESA.....	81
fluorometholone.....	111	generlac.....	79
fluorouracil.....	73	gengraf.....	97
fluoxetine hcl.....	20	GENTAK.....	110
fluphenazine decanoate.....	41	gentamicin sulfate.....	5,110
FLUPHENAZINE HCL.....	41	GENVOYA.....	46
FLURBIPROFEN.....	1	GILOTRIF.....	31
FLURBIPROFEN SODIUM.....	111	glatiramer acetate.....	70
FLUTAMIDE.....	26	glatopa.....	70
fluticasone propionate.....	72,116	glimepiride.....	52
fluticasone-salmeterol.....	116	glipizide.....	52
FLUTICASONE-SALMETEROL.....	116	glipizide er.....	52
fluvoxamine maleate.....	20	glipizide xl.....	52
fondaparinux sodium.....	57	glipizide-metformin hcl.....	53
fosamprenavir calcium.....	49	glucagon emergency.....	54
fosfomycin tromethamine.....	6	GLUCAGON EMERGENCY.....	54
fosinopril sodium.....	60	glyburide.....	53
fosinopril sodium-hctz.....	64	GLYBURIDE MICRONIZED.....	53
FOTIVDA.....	31	glyburide-metformin.....	53

glycopyrrolate.....	80	HUMULIN R.....	55
GLYXAMBI.....	53	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)...	55
GNP PEN NEEDLES.....	105	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	55
GOMEKLI.....	31	hydralazine hcl.....	67
GOODSENSE ALCOHOL SWABS.....	106	hydrochlorothiazide.....	66
granisetron hcl.....	22	hydrocodone-acetaminophen.....	2,3
griseofulvin microsize.....	23	hydrocortisone.....	72,102
griseofulvin ultramicrosized.....	23	hydrocortisone (perianal).....	72
guanfacine hcl.....	59	hydrocortisone butyrate.....	73
guanfacine hcl er.....	69	hydrocortisone-acetic acid.....	112
<b>H</b>		hydromorphone hcl.....	3
HADLIMA.....	97,98	hydroxychloroquine sulfate.....	39
HADLIMA PUSHTOUCH.....	98	hydroxyurea.....	28
HAEGARDA.....	94	hydroxyzine hcl.....	113
hailey 1.5/30.....	87	hydroxyzine pamoate.....	113
hailey fe 1.5/30.....	87	HYRNUO.....	31
hailey fe 1/20.....	87	<b>I</b>	
halobetasol propionate.....	72	ibandronate sodium.....	102
haloette.....	87	IBRANCE.....	32
haloperidol.....	41	IBTROZI.....	32
haloperidol decanoate.....	41	ibu.....	1
haloperidol lactate.....	42	ibuprofen.....	1
HAVRIX.....	99	icatibant acetate.....	94
heather.....	91	iclevia.....	87
heparin sodium (porcine).....	57	ICLUSIG.....	32
heparin sodium (porcine) pf.....	57	icosapent ethyl.....	67
HEPLISAV-B.....	100	IDHIFA.....	32
HERNEXEOS.....	31	ILEVRO.....	111
HIBERIX.....	100	imatinib mesylate.....	32
HIZENTRA.....	95	IMBRUVICA.....	32
HUMALOG.....	55	imipenem-cilastatin.....	11
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	55	imipramine hcl.....	21
HUMALOG KWIKPEN.....	55	imiquimod.....	74
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	55	IMKELDI.....	32
HUMALOG MIX 75/25.....	55	IMOVAX RABIES.....	100
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	55	IMPAVIDO.....	39
HUMULIN 70/30.....	55	incassia.....	92
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	55	INCRELEX.....	84
HUMULIN N.....	55	INCRUSE ELLIPTA.....	113
HUMULIN N KWIKPEN.....	55	indapamide.....	66

indomethacin.....	1	isotretinoin.....	71
INFANRIX.....	100	ITOVEBI.....	32
INLURIYO.....	27	itraconazole.....	23
INLYTA.....	32	ivabradine hcl.....	64
INQOVI.....	28	ivermectin.....	39
INREBIC.....	32	IWILFIN.....	28
INSULIN ASPART.....	55	IXIARO.....	100
INSULIN ASPART FLEXPEN.....	56	<b>J</b>	
INSULIN ASPART PENFILL.....	56	JAKAFI.....	32
INSULIN LISPRO.....	56	jantoven.....	57
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	56	JANUMET.....	53
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.....	56	JANUMET XR.....	53
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	56	JANUVIA.....	53
INSULIN PEN NEEDLES.....	106	JARDIANCE.....	67
INSULIN PEN NEEDLES.....	106	jasmiel.....	87
INSULIN SYRINGE 0.3 ML.....	106	JAYPIRCA.....	32
INSULIN SYRINGE 0.5 ML.....	106	jencycla.....	92
INSULIN SYRINGE 1 ML.....	106	JENTADUETO.....	53
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	106	JENTADUETO XR.....	53
INSUPEN PEN NEEDLES.....	106	jinteli.....	87
INSUPEN32G EXTR3ME.....	106	jolessa.....	87
INTELENCE.....	47	joyeaux.....	87
INTRALIPID.....	106	JUBBONTI.....	102
introvale.....	87	juleber.....	87
INVEGA HAFYERA.....	43	JULUCA.....	47
INVEGA SUSTENNA.....	43	junel 1.5/30.....	87
INVEGA TRINZA.....	43	junel 1/20.....	87
IPOL.....	100	junel fe 1.5/30.....	87
ipratropium bromide.....	113	junel fe 1/20.....	87
ipratropium-albuterol.....	116	JYNNEOS.....	100
irbesartan.....	59	<b>K</b>	
irbesartan-hydrochlorothiazide.....	64	KALETRA.....	49
ISENTRESS.....	46,47	kalliga.....	87
ISENTRESS HD.....	47	KALYDECO.....	114
isibloom.....	87	kariva.....	87
isoniazid.....	25	kcl in dextrose-nacl.....	76
isopropyl alcohol.....	74	KCL-LACTATED RINGERS-D5W.....	76
isopropyl alcohol wipes.....	74	kelnor 1/35.....	87
isosorbide dinitrate.....	68	kelnor 1/50.....	87
isosorbide mononitrate.....	68		
isosorbide mononitrate er.....	68		

KERENDIA.....	53	larissia.....	88
ketoconazole.....	23	latanoprost.....	112
ketorolac tromethamine.....	111	LAZCLUZE.....	29
KINRIX.....	100	LEDERLE LEUCOVORIN.....	28
kionex.....	78	leena.....	88
KISQALI (200 MG DOSE).....	33	leflunomide.....	98
KISQALI (400 MG DOSE).....	33	lenalidomide.....	27
KISQALI (600 MG DOSE).....	33	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	33
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	33	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	33
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	33	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	33
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	33	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	33
KLOR-CON.....	76	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	33
klor-con 10.....	76	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	33
klor-con m10.....	76	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	33
klor-con m15.....	76	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	34
klor-con m20.....	76	lessina.....	88
KLOXXADO.....	4	letrozole.....	29
KOSELUGO.....	33	leucovorin calcium.....	28
kourzeq.....	70	LEUKERAN.....	26
KRAZATI.....	33	leuprolide acetate.....	93
kurvelo.....	87	levabuterol hcl.....	114
<b>L</b>		levetiracetam.....	14
l-glutamine.....	81	levetiracetam er.....	14
labetalol hcl.....	61	levo-t.....	93
lacosamide.....	17	LEVOBUNOLOL HCL.....	111
lactated ringers.....	76,106	levocarnitine.....	81
lactulose.....	79	levocetirizine dihydrochloride.....	113
lactulose encephalopathy.....	79	levofloxacin.....	12
LAGEVRIO.....	51	LEVOFLOXACIN.....	110
lamivudine.....	46,48	levofloxacin in d5w.....	12
lamivudine-zidovudine.....	48	levonest.....	88
lamotrigine.....	14	levonorg-eth estrad triphasic.....	88
lansoprazole.....	80	levonorgest-eth estrad 91-day.....	88
LANTUS.....	56	levonorgest-eth estradiol-iron.....	88
LANTUS SOLOSTAR.....	56	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	88
lapatinib ditosylate.....	33	levora 0.15/30 (28).....	88
larin 1.5/30.....	87	levothyroxine sodium.....	93
larin 1/20.....	88	levoxyl.....	93
larin fe 1.5/30.....	88	LEXIVA.....	49
larin fe 1/20.....	88	lidocaine.....	4
		LIDOCAINE HCL.....	4

lidocaine viscous hcl.....	4	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	93
lidocaine-prilocaine.....	4	lurasidone hcl.....	43
lidocan.....	4	lutura.....	88
LILETTA (52 MG).....	92	lyleq.....	92
lillow.....	88	lyllana.....	88
linezolid.....	6	LYNPARZA.....	34
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	6	LYSODREN.....	28
LINZESS.....	79	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	34
liothyronine sodium.....	93	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	34
lisinopril.....	60	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	34
lisinopril-hydrochlorothiazide.....	64	lyza.....	92
lithium.....	52		
lithium carbonate.....	52	<b>M</b>	
lithium carbonate er.....	52	M-M-R II.....	100
LIVTENCITY.....	46	magnesium sulfate.....	76
lo-zumandimine.....	88	malathion.....	74
loestrin 1.5/30 (21).....	88	maraviroc.....	49
loestrin 1/20 (21).....	88	marlissa.....	88
loestrin fe 1.5/30.....	88	MARPLAN.....	20
loestrin fe 1/20.....	88	MATULANE.....	26
LOKELMA.....	78	MAVYRET.....	46
lomustine.....	26	meclizine hcl.....	22
LONSURF.....	28	medpura alcohol pads.....	74
loperamide hcl.....	79	medroxyprogesterone acetate.....	92
lopinavir-ritonavir.....	49,50	mefloquine hcl.....	39
lorazepam.....	52	megestrol acetate.....	92
LORBRENA.....	34	MEKINIST.....	34
loryna.....	88	MEKTOVI.....	34
losartan potassium.....	60	meleya.....	92
losartan potassium-hctz.....	64	meloxicam.....	1
lovastatin.....	66	memantine hcl.....	19
low-ogestrel.....	88	memantine hcl er.....	19
loxapine succinate.....	42	MENACTRA.....	100
lubiprostone.....	79	MENEST.....	89
luizza 1.5/30.....	88	MENQUADFI.....	100
luizza 1/20.....	88	MENVEO.....	100
LUMAKRAS.....	34	mercaptopurine.....	28
LUMIGAN.....	112	meropenem.....	11
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	93	MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	11
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	93	mesalamine.....	101
LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	93	mesalamine er.....	102

mesna	39	misoprostol	80
metformin hcl	53	modafinil	117
metformin hcl er	53	MODEYSO	28
methadone hcl	2	moexipril hcl	60
methazolamide	111	MOLINDONE HCL	42
methenamine hippurate	6	mometasone furoate	73
methergine	106	mondoxyne nl	13
methimazole	94	mono-lynyah	89
methocarbamol	117	montelukast sodium	113
METHOTREXATE SODIUM	98	morphine sulfate	3
methotrexate sodium	98	morphine sulfate (concentrate)	3
methotrexate sodium (pf)	98	morphine sulfate er	2
methsuximide	15	MOUNJARO	53
METHYLDOPA	59	MOVANTIK	79
methylergonovine maleate	106	moxifloxacin hcl	12,110
methylphenidate hcl	69	MOXIFLOXACIN HCL	12
methylphenidate hcl er	69	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY)	110
methylprednisolone	83	MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL	12
methylprednisolone acetate	83	MRESVIA	100
methylprednisolone sodium succ	83	mupirocin	75
metoclopramide hcl	22	mycophenolate mofetil	98
metolazone	66	mycophenolate mofetil hcl	98
metoprolol succinate er	61	mycophenolate sodium	98
metoprolol tartrate	61	mycophenolic acid	98
metoprolol-hydrochlorothiazide	64	myorisan	71
metronidazole	6,7	MYRBETRIQ	82
metyrosine	64		
mexiletine hcl	61	<b>N</b>	
micafungin sodium	24	na sulfate-k sulfate-mg sulf	79
MICONAZOLE 3	24	nabumetone	1
microgestin 1.5/30	89	nafcillin sodium	10
microgestin 1/20	89	nafrinse	76
microgestin fe 1.5/30	89	NAGLAZYME	81
microgestin fe 1/20	89	naloxone hcl	5
midodrine hcl	59	naltrexone hcl	5
mifepristone	94	naproxen	1
mili	89	naproxen dr	1
minocycline hcl	13	naratriptan hcl	25
minoxidil	67	NATACYN	110
minzoya	89	nateglinide	53
mirtazapine	19	NAYZILAM	4

nebivolol hcl.....	61	norgestimate-eth estradiol.....	89
necon 0.5/35 (28).....	89	norlyda.....	92
NEFAZODONE HCL.....	20	norlyroc.....	92
neo-polycin.....	109	nortrel 0.5/35 (28).....	89
neo-polycin hc.....	109	nortrel 1/35 (21).....	89
neomycin sulfate.....	5	nortrel 1/35 (28).....	89
neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	109	nortrel 7/7/7.....	89
neomycin-polymyxin-dexameth.....	109	nortriptyline hcl.....	22
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....	109	NORVIR.....	50
neomycin-polymyxin-hc.....	112	NovoFine 32G X 6 MM MISC.....	106
NERLYNX.....	34	NOVOLIN R FLEXPEN.....	56
nevirapine.....	47	NOVOLIN R FLEXPEN RELION.....	56
NEVIRAPINE.....	47	NOVOLOG.....	56
NEVIRAPINE ER.....	47	NOVOLOG FLEXPEN.....	56
nevirapine er.....	47	NOVOLOG FLEXPEN RELION.....	56
NEXPLANON.....	92	NOVOLOG PENFILL.....	56
niacin er (antihyperlipidemic).....	67	NOVOLOG RELION.....	56
NICOTROL NS.....	5	NovoTwist 32G X 5 MM MISC.....	106
nifedipine er.....	62	NUBEQA.....	27
nifedipine er osmotic release.....	62	NUPLAZID.....	44
nikki.....	89	NURTEC.....	25
nilotinib hcl.....	34	NUTRILIPID.....	106
nilutamide.....	26	nylia 1/35.....	89
nimodipine.....	62	nylia 7/7/7.....	89
NINLARO.....	34	nymyo.....	90
nitazoxanide.....	39	nystatin.....	24
nitisinone.....	81		
NITRO-BID.....	68	<b>O</b>	
nitrofurantoin macrocrystal.....	7	ocella.....	90
nitrofurantoin monohyd macro.....	7	octreotide acetate.....	94
nitroglycerin.....	68	OCTREOTIDE ACETATE.....	94
NIVESTYM.....	58	ODEFSEY.....	47
nora-be.....	92	ODOMZO.....	34
norelgestromin-eth estradiol.....	89	OFEV.....	116
norethin ace-eth estrad-fe.....	89	ofloxacin.....	110,112
norethin-eth estradiol-fe.....	89	OGSIVEO.....	34,35
norethindrone.....	92	OJEMDA.....	35
norethindrone acet-ethinyl est.....	89	OJJAARA.....	29
norethindrone acetate.....	92	olanzapine.....	44
norethindrone-eth estradiol.....	89	olmesartan medoxomil.....	60
norgestim-eth estrad triphasic.....	89	olmesartan medoxomil-hctz.....	65

omega-3-acid ethyl esters.....	67	PAZOPANIB HCL.....	35
omeprazole.....	80	PEDIARIX.....	100
OMNITROPE.....	80,84	PEDVAX HIB.....	100
ondansetron.....	22	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	79
ONDANSETRON HCL.....	23	peg-3350/electrolytes.....	80
ondansetron hcl.....	23	PEGASYS.....	97
ONUREG.....	28	PEMAZYRE.....	35
OPIPZA.....	44	PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP.....	106
OPSUMIT.....	115	PEN NEEDLES.....	106
OPVEE.....	106	PENBRAYA.....	106
oralone.....	70	penicillamine.....	82
ORGOVYX.....	94	penicillin g potassium.....	10
orquidea.....	92	PENICILLIN G SODIUM.....	10
ORSERDU.....	27	penicillin v potassium.....	10
orsythia.....	90	PENMENVY.....	100
oseltamivir phosphate.....	50	PENTACEL.....	100
OSPHENA.....	92	pentamidine isethionate.....	40
OTEZLA.....	74,95	pentoxifylline er.....	65
OTEZLA XR.....	74	perampanel.....	14
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK.....	95	PERINDOPRIL ERBUMINE.....	60
oxcarbazepine.....	17	periogard.....	70
oxybutynin chloride.....	82	permethrin.....	74
oxybutynin chloride er.....	82	perphenazine.....	22
oxycodone hcl.....	3	PERSERIS.....	44
oxycodone-acetaminophen.....	3	pfizerpen.....	10
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	53	PHENELZINE SULFATE.....	20
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	54	phenobarbital.....	16
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	54	phenytek.....	17
<b>P</b>		phenytoin.....	17
pacerone.....	61	phenytoin infatabs.....	18
paliperidone er.....	44	phenytoin sodium extended.....	18
PANRETIN.....	39	philith.....	90
pantoprazole sodium.....	80	PIFELTRO.....	48
paricalcitol.....	102	pilocarpine hcl.....	70,111
paroxetine hcl.....	21	PIMOZIDE.....	42
PAROXETINE HCL.....	21	pimtrea.....	90
PAXLOVID (150/100).....	51	pioglitazone hcl.....	54
PAXLOVID (300/100 & 150/100).....	51	piperacillin sod-tazobactam so.....	11
PAXLOVID (300/100).....	51	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	35
pazopanib hcl.....	35	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	35
		PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	35

pirfenidone.....	116	primaquine phosphate.....	40
PIRFENIDONE.....	116	primidone.....	16
pirmella 1/35.....	90	PRIORIX.....	100
pirmella 7/7/7.....	90	PRO COMFORT ALCOHOL.....	107
PNV 27-CA/FE/FA.....	76	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	107
podofilox.....	74	probenecid.....	24
polycin.....	109	prochlorperazine.....	22
polymyxin b-trimethoprim.....	110	prochlorperazine maleate.....	22
pomalidomide.....	27	procto-med hc.....	73
POMALYST.....	27	proctosol hc.....	73
portia-28.....	90	proctozone-hc.....	73
posaconazole.....	24	progesterone.....	92
potassium chloride.....	77	PROGRAF.....	98
potassium chloride crys er.....	77	promethazine hcl.....	22
potassium chloride er.....	77	propafenone hcl.....	61
potassium chloride in dextrose.....	77	propranolol hcl.....	62
potassium chloride in nacl.....	77	propranolol hcl er.....	62
potassium citrate er.....	77	propylthiouracil.....	94
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%.....	77	PROQUAD.....	100
pramipexole dihydrochloride.....	40	protriptyline hcl.....	22
pravastatin sodium.....	66	PULMOZYME.....	115
praziquantel.....	39	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	107
prazosin hcl.....	59	pyrazinamide.....	26
prednisolone.....	83	pyridostigmine bromide.....	25
prednisolone acetate.....	111	pyrimethamine.....	40
prednisolone sodium phosphate.....	83		
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	111	<b>Q</b>	
prednisone.....	83	qc alcohol.....	74
PREDNISONONE.....	84	QINLOCK.....	29
PREDNISONONE INTENSOL.....	84	QUADRACEL.....	100
pregabalin.....	69,70	quetiapine fumarate.....	44
PREMARIN.....	90	QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE.....	107
PREMASOL.....	77	quinapril hcl.....	60
PREMIUM LIDOCAINE.....	4	quinapril-hydrochlorothiazide.....	65
Prenatal vitamins.....	77	QUINIDINE SULFATE.....	61
prevalite.....	67	quinine sulfate.....	40
previfem.....	90	QVAR REDIHALER.....	113
PREVYMIS.....	46		
PREZCOBIX.....	50	<b>R</b>	
PREZISTA.....	50	ra isopropyl alcohol wipes.....	74
PRIFTIN.....	26	RABAVERT.....	100

rabeprazole sodium.....	80	rivastigmine tartrate.....	19
RALDESY.....	21	rizatriptan benzoate.....	25
raloxifene hcl.....	92	ROCKLATAN.....	109
ramelteon.....	117	roflumilast.....	115
ramipril.....	60	ROMVIMZA.....	35
ranolazine er.....	65	ropinirole hcl.....	40
rasagiline mesylate.....	41	rosadan.....	7
reclipsen.....	90	rosuvastatin calcium.....	66
RECOMBIVAX HB.....	100	ROTARIX.....	100
relafen.....	2	ROTATEQ.....	101
RELENZA DISKHALER.....	50	roweepra.....	14
repaglinide.....	54	ROZLYTREK.....	36
REPATHA.....	67	RUBRACA.....	36
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	67	rufinamide.....	18
REPATHA SURECLICK.....	67	RUKOBIA.....	49
RESTASIS.....	109	RYBELSUS.....	54
RETACRIT.....	58	RYDAPT.....	36
RETEVMO.....	35		
REVCOVI.....	81	<b>S</b>	
REVUFORJ.....	35	sacubitril-valsartan.....	65
REXULTI.....	44	sajazir.....	94
REYATAZ.....	50	SANDIMMUNE.....	98
REZDIFFRA.....	93	SANTYL.....	74
REZLIDHIA.....	35	sapropterin dihydrochloride.....	81
RHOPRESSA.....	111	SCSEMBLIX.....	36
RIBAVIRIN.....	46	scopolamine.....	22
ribavirin.....	46	SECUADO.....	45
RIDAURA.....	95	SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	107
rifabutin.....	25	selegiline hcl.....	41
rifampin.....	26	selenium sulfide.....	73
rilpivirine hcl.....	48	SELZENTRY.....	49
riluzole.....	69	SEREVENT DISKUS.....	114
RIMANTADINE HCL.....	50	sertraline hcl.....	21
ringers.....	77	setlakin.....	90
ringers irrigation.....	107	sevelamer carbonate.....	78
RINVOQ.....	96	sharobel.....	92
RINVOQ LQ.....	96	SHINGRIX.....	101
risperidone.....	44	SIGNIFOR.....	94
risperidone microspheres er.....	44	sildenafil citrate.....	115
ritonavir.....	50	SILIGENTLE FOAM DRESSING.....	107
rivaroxaban.....	57	silodosin.....	82

silver sulfadiazine	74	subvenite	14
SIMLANDI (1 PEN)	98	SUBVENITE	14
SIMLANDI (1 SYRINGE)	98	sucrafate	80
SIMLANDI (2 PEN)	99	sulfacetamide sodium	110
SIMLANDI (2 SYRINGE)	99	sulfacetamide sodium (acne)	71
simliya	90	SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	109
simvastatin	66	sulfadiazine	12
sirolimus	99	sulfamethoxazole-trimethoprim	12
SIRTURO	26	sulfasalazine	102
SKYRIZI	96	sulfatrim pediatric	12
SKYRIZI (150 MG DOSE)	96	sulindac	2
SKYRIZI PEN	96	sumatriptan	25
SMOFLIPID	107	sumatriptan succinate	25
sodium chloride	78	SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL	25
sodium chloride (pf)	77	sunitinib malate	36
sodium fluoride	78	SUNLENCA	49
sodium oxybate	117	SURE COMFORT PEN NEEDLES	107
sodium phenylbutyrate	81	syeda	90
sodium polystyrene sulfonate	79	SYMPAZAN	16
solifenacin succinate	82	SYMTUZA	50
SOLTAMOX	27	SYNAREL	94
SOMAVERT	94	SYNJARDY	54
sorafenib tosylate	36	SYNJARDY XR	54
sorine	61	SYNRIBO	36
sotalol hcl	61	SYNTHROID	93
sotalol hcl (af)	61	<b>T</b>	
SPIRIVA RESPIMAT	113	TABLOID	28
spironolactone	66	TABRECTA	36
spironolactone-hctz	65	tacrolimus	73,99
sprintec 28	90	tadalafil	82
SPRITAM	14	TAFINLAR	36
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)	79	TAGRISSO	36
sronyx	90	TALZENNA	36,37
ssd	74	tamoxifen citrate	27
STAVUDINE	48	tamsulosin hcl	82
STELARA	96	tarina fe 1/20	90
sterile water for irrigation	107	tarina fe 1/20 eq	90
STIOLTO RESPIMAT	116	tasimelteon	117
STIVARGA	36	tazarotene	71
STREPTOMYCIN SULFATE	5	TAZICEF	9
STRIBILD	47		

taztia xt.....	63	tolterodine tartrate er.....	82
TAZVERIK.....	37	tolvaptan.....	78
TDVAX.....	101	topiramate.....	14
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	107	toremifene citrate.....	27
TEFLARO.....	9	toremide.....	65
telmisartan.....	60	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	56
temazepam.....	117	TOUJEO SOLOSTAR.....	56
TENIVAC.....	101	TPN ELECTROLYTES.....	78
tenofovir disoproxil fumarate.....	48	TRADJENTA.....	54
TEPMETKO.....	37	tramadol hcl.....	4
terazosin hcl.....	59	tramadol-acetaminophen.....	4
terbinafine hcl.....	24	trandolapril.....	60
terconazole.....	24	tranexamic acid.....	58
teriparatide.....	102	tranylcypromine sulfate.....	20
testosterone.....	84	trazodone hcl.....	21
testosterone cypionate.....	84	TRECATOR.....	26
TESTOSTERONE ENANTHATE.....	85	TRELEGY ELLIPTA.....	117
tetrabenazine.....	69	tretinoin.....	39,71
tetracycline hcl.....	13	tri femynor.....	90
THALOMID.....	27	tri-estarylla.....	90
theophylline er.....	115	tri-linyah.....	90
thioridazine hcl.....	42	tri-mili.....	90
thiothixene.....	42	tri-nymyo.....	90
tiadylt er.....	63	tri-previfem.....	90
tiagabine hcl.....	16	tri-sprintec.....	90
TIBSOVO.....	37	tri-vylibra.....	90
ticagrelor.....	59	triamcinolone acetonide.....	70,73
TICOVAC.....	101	triamterene-hctz.....	65
tigecycline.....	7	triderm.....	73
timolol maleate.....	62,111	trientine hcl.....	78
tinidazole.....	7	TRIENTINE HCL.....	78
tiotropium bromide.....	114	trifluoperazine hcl.....	42
tis-u-sol.....	107	TRIFLURIDINE.....	110
TIVICAY.....	47	trihexyphenidyl hcl.....	40
TIVICAY PD.....	47	TRIHEXYPHENIDYL HCL.....	40
tizanidine hcl.....	45	TRIKAFTA.....	115
tobramycin.....	110,115	trimethoprim.....	7
tobramycin sulfate.....	5	trimipramine maleate.....	22
tobramycin-dexamethasone.....	109	TRINTELLIX.....	21
TOLAK.....	74	TRIUMEQ.....	48
tolterodine tartrate.....	82	TRIUMEQ PD.....	48

trivora (28).....	91
TRIZIVIR.....	48
tropium chloride.....	82
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	107
TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	107
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	108
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	108
TRULICITY.....	54
TRUMENBA.....	101
TRUQAP.....	37
TUKYSA.....	37
tulana.....	92
TURALIO.....	37
turqoz.....	91
TWINRIX.....	101
TYBOST.....	49
TYENNE.....	96
TYMLOS.....	102
TYPHIM VI.....	101

## U

UDENYCA.....	58
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE.....	108
UNIFINE OTC PEN NEEDLES.....	108
UNIFINE PENTIPS.....	108
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....	108
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.....	108
unithroid.....	93
UPTRAVI.....	115
ursodiol.....	80
USTEKINUMAB.....	96
USTEKINUMAB-AEKN.....	96

## V

valacyclovir hcl.....	51
VALCHLOR.....	74
valganciclovir hcl.....	46
valproate sodium.....	14
valproic acid.....	14
valsartan.....	60
valsartan-hydrochlorothiazide.....	65

VALTOCO 10 MG DOSE.....	16
VALTOCO 15 MG DOSE.....	16
VALTOCO 20 MG DOSE.....	16
VALTOCO 5 MG DOSE.....	16
valtya 1/35.....	91
valtya 1/50.....	91
vancomycin hcl.....	7
VANFLYTA.....	37
VAQTA.....	101
varenicline tartrate.....	5
varenicline tartrate (starter).....	5
varenicline tartrate(continue).....	5
VARIVAX.....	101
VAXCHORA.....	101
VELIVET.....	91
VENCLEXTA.....	37
VENCLEXTA STARTING PACK.....	37
venlafaxine hcl.....	21
venlafaxine hcl er.....	21
VEOZAH.....	69
verapamil hcl.....	63
verapamil hcl er.....	63
VERAPAMIL HCL ER.....	63
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	108
VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	108
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	108
VERQUVO.....	65
VERSACLOZ.....	45
VERZENIO.....	37
vestura.....	91
vienva.....	91
vigabatrin.....	16
vigadrone.....	16
VIGAFYDE.....	17
vigpoder.....	17
vilazodone hcl.....	21
VIMKUNYA.....	101
viorele.....	91
VIRACEPT.....	50
VIREAD.....	48
VITRAKVI.....	37

VIVOTIF.....	101
VIZIMPRO.....	37
volnea.....	91
VONJO.....	39
VORANIGO.....	37,38
voriconazole.....	24
VOSEVI.....	46
VOWST.....	108
VRAYLAR.....	45
vyfemla.....	91
vylibra.....	91

## W

warfarin sodium.....	58
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE.....	108
WELIREG.....	29
wera.....	91
WINREVAIR.....	115
wixela inhub.....	117
wymzya fe.....	91
WYOST.....	102

## X

XALKORI.....	38
XARELTO.....	58
XARELTO STARTER PACK.....	58
XATMEP.....	99
XCOPRI.....	14,15,18
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	18
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	18
XDEMZY.....	109
XELJANZ.....	96
XELJANZ XR.....	96
xelria fe.....	91
XERMELO.....	79
XIFAXAN.....	7
XIGDUO XR.....	54
XIIDRA.....	109
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	50
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	50
XOLAIR.....	96

XOSPATA.....	38
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	38
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	38
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	38
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	38
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	38
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	38
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	38
XTANDI.....	27
xulane.....	91

## Y

YESINTEK.....	96
YF-VAX.....	101
yuvaferm.....	91

## Z

zafemy.....	91
zafirlukast.....	113
ZARXIO.....	58
ZEJULA.....	38
ZELBORAF.....	38
zenatane.....	71
ZENPEP.....	81
zidovudine.....	48,49
ziprasidone hcl.....	45
ziprasidone mesylate.....	45
ZIRGAN.....	110
zoledronic acid.....	102
ZOLINZA.....	29
zolpidem tartrate.....	117
ZONISADE.....	18
zonisamide.....	18
zovia 1/35 (28).....	91
zovia 1/35e (28).....	91
ZTALMY.....	17
zumandimine.....	91
ZURZUVAE.....	19
ZYDELIG.....	38
ZYKADIA.....	38
ZYPREXA RELPREVV.....	45



## Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak [insert language], free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-776-4466 (TTY: 711) or speak to your provider.

العربية  
تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 1-800-776-4466 (TTY:711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

### ՀԱՅԵՐԵՆՆ

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Զանգահարեք 1-800-776-4466 հեռախոսահամարով (TTY` 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

### 中文

注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-800-776-4466 (文本电话: 711) 或咨询您的服务提供者。

### हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-776-4466 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

### Lus Hmoob

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-800-776-4466 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

### 日本語

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-776-4466 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

### 한국어

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-776-4466 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

### ລາວ

ເລື່ອງສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-800-776-4466 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

## ភាសាខ្មែរ

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរសេវាកម្មជំនួយភាសាភតតិកថ្លែងគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយភតតិកថ្លែងផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-776-4466 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

## فارسي

توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-800-776-4466 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

## ਪੰਜਾਬੀ

ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-800-776-4466 (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

## РУССКИЙ

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-776-4466 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

## Español

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-776-4466 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

## Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-776-4466 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

## ไทย

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือ เพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-776-4466 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

## українська мова

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-776-4466 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

## Việt

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-776-4466 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.



## 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](mailto: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>.

Este formulario se actualizó el 03/24/2026 . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California llamando al (888) 239-6469 o, para usuarios del sistema TTY, al 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m (hora del Pacífico), los siete días de la semana, o visite [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).

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 preferidas de menor costo en su área, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 TTY: 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m (hora del Pacífico), los siete días de la semana , o consulte el directorio de farmacias en [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).

Amazon Pharmacy es independiente de Blue Shield of California y tiene un contrato con Blue Shield para enviarles medicamentos recetados a los miembros de Blue Shield mediante el servicio de envío de medicamentos al hogar. Los miembros deben pagar el costo compartido que corresponda, según se indica en los detalles del plan de beneficios.

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