

Blue Shield Advantage Optimum Plan (HMO),
Blue Shield Advantage Optimum Plan 1 (HMO) y Blue
Shield Advantage Optimum Plan 2 (HMO)

Formulario de 2021

(Lista de medicamentos cubiertos)

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

N.º de identificación del formulario 21408, versión **24**

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

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

Cuando en esta lista de medicamentos (formulario) se usan los términos “nosotros” o “nuestro(s)”, se hace referencia a Blue Shield of California. Cuando se usan los términos “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Blue Shield Advantage Optimum Plan, Blue Shield Advantage Optimum Plan 1 y Blue Shield Advantage Optimum Plan 2.

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que es válida a partir del **11/22/2021**. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

Por lo general, debe usar farmacias de la red para obtener acceso al beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2022 y de vez en cuando durante el año.



¿Qué es el formulario de Blue Shield Advantage Optimum Plan, Blue Shield Advantage Optimum Plan 1 y Blue Shield Advantage Optimum Plan 2?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados entre Blue Shield Advantage Optimum Plan, Blue Shield Advantage Optimum Plan 1 y Blue Shield Advantage Optimum Plan 2 y un equipo de proveedores de atención de la salud. Esta lista representa las terapias de medicamentos recetados, que son una parte necesaria de los programas de tratamiento de calidad. Por lo general, Blue Shield Advantage Optimum Plan, Blue Shield Advantage Optimum Plan 1 y Blue Shield Advantage Optimum Plan 2 cubre los medicamentos que están en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, se obtenga en una farmacia de la red del plan y se respeten otras reglas del plan. Si necesita más información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, lea su Evidencia de Cobertura.

¿Puede haber cambios en el formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se hacen el 1 de enero, pero Blue Shield Advantage Optimum Plan, Blue Shield Advantage Optimum Plan 1 y Blue Shield Advantage Optimum Plan 2 puede agregar o quitar medicamentos de la lista durante el año, además de moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar restricciones nuevas. debemos respetar las reglas de Medicare cuando se hacen estos cambios.

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

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Es posible que quitemos de inmediato un medicamento de marca de nuestra lista si lo reemplazamos por un medicamento genérico nuevo que esté en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y que tenga las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el medicamento genérico nuevo, es posible que mantengamos el medicamento de marca en nuestra lista, pero que lo movamos de inmediato a un nivel de costo compartido diferente o que agreguemos restricciones nuevas. Si está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero después le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos hecho.
 - o Si hacemos un cambio así, usted o el profesional que le hace las recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Cuando le enviemos el aviso, también incluiremos información sobre cómo pedir una excepción. Además, puede encontrar ayuda más adelante en la sección llamada “¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield Advantage Optimum Plan, Blue Shield Advantage Optimum Plan 1 y Blue Shield Advantage Optimum Plan 2?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Medicamentos y Alimentos) cree que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante lo retira del mercado, quitaremos de inmediato ese medicamento del formulario y le avisaremos a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los miembros que están tomando medicamentos. Por ejemplo, podemos agregar al mercado un medicamento genérico que no sea nuevo para reemplazar un medicamento de marca del formulario. A ese medicamento de marca también podemos agregarle restricciones nuevas o moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas. También es

posible que hagamos cambios según las pautas clínicas nuevas. Si quitamos medicamentos de nuestro formulario, si le agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado a algún medicamento o si movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos avisarles a los miembros afectados al menos 30 días antes de la fecha de comienzo del cambio o cuando el miembro pida una repetición del medicamento, momento en el que el miembro recibirá un suministro de 30 días de ese medicamento.

- o Si hacemos estos otros cambios, usted o el profesional que le hace las recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Cuando le enviemos el aviso, también incluiremos información sobre cómo pedir una excepción. Además, puede encontrar ayuda más adelante en la sección llamada “¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield Advantage Optimum Plan, Blue Shield Advantage Optimum Plan 1 y Blue Shield Advantage Optimum Plan 2?”.

Cambios que no lo afectarán si está tomando un medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2021 que tenía cobertura a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2021, excepto lo descrito anteriormente. Por lo tanto, estos medicamentos seguirán estando disponibles para los miembros que los toman, con el mismo costo compartido y sin restricciones nuevas durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá un aviso directo sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, esos cambios sí lo afectarían, y es importante revisar la lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por si hay algún cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto es válido a partir del **11/22/2021**. Comuníquese con nosotros para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Blue Shield Advantage Optimum Plan, Blue Shield Advantage Optimum Plan 1 y Blue Shield Advantage Optimum Plan 2. Nuestra información de contacto aparece en la parte de adelante y de atrás de este documento. Si hacemos algún otro cambio negativo en el formulario durante el año, los cambios se publicarán en nuestro sitio web, en blueshieldca.com/medFormulary2021.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos maneras de buscar su medicamento en el formulario:

Por tipo de problema de salud

El formulario empieza en la página 2. Los medicamentos de este formulario están agrupados en diferentes categorías según el tipo de problema de salud que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar enfermedades del corazón se incluyen en la categoría llamada “Cardiovasculares”. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 2. después, busque el medicamento en esa categoría.

Por orden alfabético

Si no está seguro en qué categoría buscar su medicamento, revise el índice que empieza en la página 79. 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. Allado del nombre del medicamento, verá el número de la página donde se puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que indica el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2 cubre medicamentos de marca y genéricos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la FDA porque tienen el mismo principio activo que los medicamentos de marca. Además, los medicamentos genéricos suelen costar menos que los de marca.

¿Hay restricciones en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2 exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para algunos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener una aprobación de Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2 antes de recibir sus medicamentos recetados. Si no obtiene la aprobación, es posible que Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2 no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para algunos medicamentos, Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2 pone un límite en la cantidad de medicamento que Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2 cubrirá. Por ejemplo, en el caso del *sumatriptán* (la versión genérica de IMITREX), nuestro plan brinda 18 comprimidos cada 30 días, además de un suministro estándar de un mes o de tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2 exige que primero intente tratar su problema de salud con ciertos medicamentos antes de que cubramos otro medicamento para tratar el problema. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para tratar su problema de salud, es posible que Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2 no cubra el medicamento B, a menos que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2 cubrirá entonces el medicamento B.

Puede ver si hay más límites o requisitos para su medicamento en el formulario que empieza en la página 2. Para obtener más información sobre las restricciones que se aplican a ciertos medicamentos cubiertos, también puede visitar nuestro sitio web. Hemos publicado en Internet documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. Puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

Puede pedirle a Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2 que haga una excepción con respecto a estos límites o restricciones, o bien puede pedirle una lista de otros medicamentos similares que se puedan usar para tratar su problema de salud. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, lea la sección “¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2?” en la página iv.

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

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

Si le informan que Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2 no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Atención al Cliente que le envíe una lista de medicamentos similares cubiertos por Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2. Cuando reciba la lista, muéstrele a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que cubra nuestro plan.
- Puede pedirle a Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2 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 AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2?

Puede pedirle a Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2 que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que usted puede pedirnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no esté en nuestro formulario. Si se aprueba, ese medicamento será cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo si ese medicamento no es del nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría lo que tiene que pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no pongamos límites o restricciones a la cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para algunos medicamentos, Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2 pone un límite en la cantidad de medicamento que cubriremos. Si hay un límite de cantidad para su medicamento, puede pedirnos que no pongamos ese límite y que cubramos una cantidad mayor.

En términos generales, Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2 aprobará su pedido de excepción solamente si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o las restricciones de uso adicionales no son tan eficaces para tratar su problema de salud o le provocan efectos médicos adversos.

deberá comunicarse con nosotros para pedir que tomemos una decisión de cobertura inicial para obtener una excepción con respecto al formulario, al nivel de medicamentos o a la restricción de uso. **Cuando pida una excepción con respecto al formulario, al nivel de medicamentos o a la restricción de uso, deberá respaldar su pedido mostrando una declaración de su médico o del profesional que le hace las recetas.** Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo del profesional que le hace las recetas. Puede pedir una excepción urgente (rápida) si usted o su médico piensan que esperar hasta 72 horas para que se tome una decisión podría ser muy peligroso para su salud. Si aceptamos su pedido urgente, debemos tomar la decisión en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico o de otro profesional que le haga recetas.

¿Qué tengo que hacer antes de hablar con mi médico sobre cambiar mis medicamentos o pedir una excepción?

Como miembro actual o nuevo de nuestro plan, es posible que tome medicamentos que no estén en nuestro formulario. O bien, es posible que tome un medicamento que sí esté en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo sea limitada. Por ejemplo, tal vez necesite que le demos una autorización previa antes de que pueda obtener su medicamento recetado. Debe hablar con su médico para decidir si le conviene cambiar su medicamento por otro apropiado que cubramos o si debe pedir una excepción del formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras deciden qué es lo mejor para usted, es posible que cubramos su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.

Cubriremos un suministro temporal de 30 días si sus medicamentos no están en nuestro formulario o si su capacidad para obtenerlos es limitada. Si su receta indica menos días, le dejaremos pedir repeticiones hasta alcanzar un suministro de 30 días de medicación como máximo. Después de su primer suministro de 30 días, dejaremos de pagar esos medicamentos aunque aún no hayan pasado los primeros 90 días de su membresía en el plan.

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

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

- Medicamentos de la Parte D que no están en el formulario de Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2.
- Medicamentos de la Parte D anteriormente cubiertos por excepción una vez que termina

la excepción.

- Medicamentos de la Parte D que están en el formulario de Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2 y que tienen requisitos de autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad.
- Medicamentos de la Parte D como los anteriores que no se pueden distinguir entre medicamentos recetados nuevos o existentes en el punto de servicio.

Y son miembros que están en alguna de estas situaciones:

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

Los miembros que sigan con la cobertura en un nuevo año del plan y tengan cambios negativos en el formulario tendrán cobertura continuada de medicamentos seleccionados en el nuevo año del plan, según lo dispuesto por Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2 y de acuerdo con la guía de Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) sobre los medicamentos de la Parte D. A los miembros del plan que tomen medicamentos que no se seleccionaron para tener cobertura continuada automática se les brindará un proceso de transición que se ajuste a los requisitos de los nuevos miembros que empiezan un nuevo año del plan. La política de transición se extenderá de un año del plan a otro si un miembro necesita un suministro de transición y se inscribe en un plan que empieza el 1 de noviembre o el 1 de diciembre.

Durante la etapa de transición, los miembros pueden hablar con los profesionales que les hacen las recetas para decidir si deberían cambiar su medicamento por otro que cubramos o pedir una excepción del formulario para obtener la cobertura de ese medicamento, en caso de que no esté en nuestro formulario o tenga restricciones, como requisitos de tratamiento escalonado o de autorización previa. Los miembros pueden comunicarse con Atención al Cliente de Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2 si quieren recibir ayuda para iniciar un pedido de autorización previa o de excepción. Los formularios para pedir una autorización previa o una excepción están disponibles en nuestro sitio web, en [blueshieldca.com/medFormulary2021](https://www.blueshieldca.com/medFormulary2021) (seleccione “prior authorization forms” [formularios de autorización previa]). También se envían por correo postal, correo electrónico o fax a pedido de los miembros y los profesionales que hacen las recetas.

de acuerdo con nuestra política de transición y junto con las farmacias de la red, para evitar interrupciones en un tratamiento continuo, se brindará un suministro temporal de medicamentos de la Parte D que no estén en el formulario, o de medicamentos que estén en el formulario pero tengan restricciones de cobertura. Este suministro temporal también brinda suficiente tiempo para que los miembros y los profesionales que les hacen las recetas puedan cambiar el medicamento por otro de igual acción terapéutica que esté en el formulario o

puedan completar un pedido de excepción del formulario por necesidad médica. Los pedidos de autorización previa para medicamentos del formulario se evalúan teniendo en cuenta los criterios de cobertura aprobados por CMS, y los pedidos de excepción del formulario se evalúan según la necesidad médica. El proceso de evaluación está a cargo de médicos, farmacéuticos o técnicos en farmacia de Blue Shield. Si se rechaza un pedido de excepción del formulario, le enviaremos al profesional que hace las recetas una lista de alternativas terapéuticas adecuadas. Además, usted recibirá una carta con instrucciones sobre cómo apelar la decisión.

El suministro de transición es un suministro temporal de 30 días del medicamento que no está en el formulario (si la receta es por menos días, cubriremos varias repeticiones hasta alcanzar un total de 30 días de medicamento). El suministro de transición se brinda por única vez y se puede obtener en una farmacia de venta al por menor durante los primeros 90 días de la membresía nueva, que empieza en la fecha de comienzo de su cobertura de Blue Shield Advantage Optimum Plan, Blue Shield Advantage Optimum Plan 1 y Blue Shield Advantage Optimum Plan 2. Con un suministro total de 30 días como máximo, se pueden repetir las recetas de transición que se hayan brindado en menor cantidad que la indicada, debido a un cambio en el límite de cantidad del plan por motivos de seguridad o a cambios en el uso del medicamento según las indicaciones de la etiqueta aprobada del producto. Si un cambio negativo en el formulario lo afecta de un año al siguiente, le brindaremos un suministro temporal de hasta 30 días del medicamento que no está en el formulario, en caso de que necesite una repetición del medicamento durante los primeros 90 días del nuevo año del plan.

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

Por lo general, después de cubrir el suministro temporal de 30 días, no pagaremos nuevamente estos medicamentos como parte de nuestra política de transición. Después de cubrir el suministro temporal, le enviaremos un aviso por escrito en un plazo de 3 días hábiles después de la fecha en que se haya obtenido el suministro de transición. Este aviso incluirá una explicación

sobre la naturaleza temporal del suministro de transición recibido, instrucciones para colaborar con nosotros y el profesional que hace las recetas en la identificación de alternativas terapéuticas adecuadas que estén incluidas en nuestro formulario, una explicación de su derecho a pedir una excepción del formulario y una descripción de los procedimientos para pedir una excepción del formulario. Si se ha brindado un suministro de transición una vez y usted está actualmente en el proceso de recibir una determinación de cobertura, es posible que el suministro de transición inicial de 30 días se extienda por 30 días más, salvo que tenga una receta que indique menos de 30 días. Siempre y cuando su pedido de excepción o su apelación no se hayan procesado al terminar el período de transición mínimo, la extensión del período de transición se determina según el caso y dura hasta el momento en que se hace la transición (si cambia su medicamento por otro medicamento adecuado del formulario o si se toma una decisión sobre un pedido de excepción).

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

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

Cómo obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de Blue Shield Advantage Optimum Plan, Blue Shield Advantage Optimum Plan 1 y Blue Shield Advantage Optimum Plan 2, lea su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Blue Shield Advantage Optimum Plan, Blue Shield Advantage Optimum Plan 1 y Blue Shield Advantage Optimum Plan 2, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

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

Formulario de Blue Shield Advantage Optimum Plan, Blue Shield Advantage Optimum Plan 1 y Blue Shield Advantage Optimum Plan 2

El siguiente formulario brinda información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por Blue Shield Advantage Optimum Plan, Blue Shield Advantage Optimum Plan 1 y Blue Shield Advantage Optimum Plan 2. Si tiene algún problema para encontrar su medicamento en la lista, revise el índice que empieza en la página 79.

En la primera columna del cuadro se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos

de marca aparecen con letras mayúsculas (por ejemplo, ELIQUIS), y los medicamentos genéricos aparecen con letras minúsculas y en cursiva (por ejemplo, *amoxicilina*).

La información en la columna de Requisitos/Límites le indica si Blue Shield AdvantageOptimum Plan, Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 y Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2 tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Copagos/Coseguros en la Etapa de Cobertura Inicial para los miembros de Blue Shield
 AdvantageOptimum Plan:

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO			
		Condados de Los Ángeles y Orange	Condados de Fresno y Santa Clara	Condado de Merced	Condados de Stanislaus y San Joaquín
1: Medicamentos genéricos preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 100 días)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$5 de copago	\$3 de copago	\$3 de copago	\$3 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días)	\$5 de copago	\$3 de copago	\$3 de copago	\$3 de copago
2: Medicamentos genéricos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$3 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago	\$10 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$7.50 de copago	\$12.50 de copago	\$12.50 de copago	\$25 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$10 de copago	\$12 de copago	\$12 de copago	\$17 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	\$25 de copago	\$30 de copago	\$30 de copago	\$42.50 de copago

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO			
		Condados de Los Ángeles y Orange	Condados de Fresno y Santa Clara	Condado de Merced	Condados de Stanislaus y San Joaquín
3: Medicamentos de marca preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$40 de copago	\$40 de copago	\$40 de copago	\$40 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	\$117.50 de copago	\$117.50 de copago	\$117.50 de copago	\$117.50 de copago
4: Medicamentos no preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$95 de copago	\$95 de copago	\$95 de copago	\$95 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$237.50 de copago	\$237.50 de copago	\$237.50 de copago	\$237.50 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	\$250 de copago	\$250 de copago	\$250 de copago	\$250 de copago
5: Medicamentos de nivel especializado	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red), costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	33% de coseguro	33% de coseguro	29% de coseguro	33% de coseguro
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red), costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.			

Copagos/Coseguros en la Etapa de Cobertura Inicial para los miembros de Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 and Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2 en Condado de San Diego:

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO	
		Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1	Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2
1: Medicamentos genéricos preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$0 de copago	\$0 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 100 días)	\$0 de copago	\$0 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$3 de copago	\$3 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días)	\$3 de copago	\$3 de copago
2: Medicamentos genéricos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$5 de copago	\$10 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$12.50 de copago	\$25 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$10 de copago	\$17 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	\$25 de copago	\$42.50 de copago
3: Medicamentos de marca preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$40 de copago	\$40 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$100 de copago	\$100 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$47 de copago	\$47 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	\$117.50 de copago	\$117.50 de copago

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO	
		Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1	Blue Shield AdvantageOptimum Plan 2
4: Medicamentos no preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$95 de copago	\$95 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$237.50 de copago	\$237.50 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$100 de copago	\$100 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	\$250 de copago	\$250 de copago
5: Medicamentos de nivel especializado	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red), costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	33% de coseguro	33% de coseguro
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red), costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	

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

REFERENCIAS

NIVEL	NOMBRE
1	Medicamentos genéricos preferidos
2	Medicamentos genéricos
3	Medicamentos de marca preferidos
4	Medicamentos no preferidos
5	Medicamentos especializados

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANALGÉSICOS		
ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA		
<i>acetaminophen w/ codeine (w/ tab 300-15 mg, w/ tab 300-30 mg)</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	NIVEL 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>butalbital-acetaminophen-caff w/ cod cap 50-325-40-30 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE (30 MG TAB, TAB 30 MG)	NIVEL 2	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate (60 mg tab, tab 60 mg)</i>	NIVEL 2	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	NIVEL 2	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
FENTANYL CITRATE (100 MCG TAB, 200 MCG TAB, LOZENGE ON A HANDLE 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG TAB, LOZENGE ON A HANDLE 600 MCG, 800 MCG TAB, LOZENGE ON A HANDLE 800 MCG, LOZENGE ON A HANDLE 1200 MCG, LOZENGE ON A HANDLE 1600 MCG)	NIVEL 5	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (tab 7.5-325 mg, tab 10-325 mg)</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	NIVEL 3	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl liqd 1 mg/ml</i>	NIVEL 4	QL (675 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl tab 2 mg</i>	NIVEL 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl tab 4 mg</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl tab 8 mg</i>	NIVEL 3	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (15 mg tab, tab 15 mg, 30 mg tab, tab 30 mg)</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate oral soln 10 mg/5ml</i>	NIVEL 3	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate oral soln 100 mg/5ml (20 mg/ml)</i>	NIVEL 3	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate oral soln 20 mg/5ml</i>	NIVEL 3	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (tab 15 mg, tab 30 mg)</i>	NIVEL 3	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl soln 5 mg/5ml</i>	NIVEL 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>oxycodone hcl tab 10 mg</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl tab 20 mg</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl tab 5 mg</i>	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone w/ acetaminophen (w/ tab 2.5-325 mg, w/ tab 5-325 mg)</i>	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	NIVEL 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl (tab 50 mg, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol-acetaminophen</i>	NIVEL 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA

<i>fentanyl (patch 72hr 100 mcg/hr, patch 72hr 12 mcg/hr, patch 72hr 25 mcg/hr, patch 72hr 50 mcg/hr, patch 72hr 75 mcg/hr)</i>	NIVEL 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl (10 mg/5ml solution, soln 10 mg/5ml)</i>	NIVEL 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl (10 mg/ml solution, inj 10 mg/ml)</i>	NIVEL 4	PA, NDS
METHADONE HCL (5 MG/5ML SOLUTION, SOLN 5 MG/5ML)	NIVEL 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl tab 10 mg</i>	NIVEL 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl tab 5 mg</i>	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (tab er 60 mg, tab er 100 mg, tab er 200 mg)</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate tab er 15 mg</i>	NIVEL 3	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate tab er 30 mg</i>	NIVEL 3	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE HCL ER (ER 10 MG TB12 DETER, ER 15 MG TB12 DETER, ER 20 MG TB12 DETER, ER 30 MG TB12 DETER, ER 40 MG TB12 DETER)	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS), NDS
OXYCONTIN (10 MG TB12 DETER, 20 MG TB12 DETER, 40 MG TB12 DETER)	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS), NDS

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES

<i>celecoxib (cap 50 mg, cap 100 mg, cap 200 mg)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>celecoxib cap 400 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>diclofenac potassium tab 50 mg</i>	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>diclofenac sodium (tab delayed release 25 mg, tab delayed release 50 mg, tab delayed release 75 mg, tab er 24hr 100 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	NIVEL 3	
<i>diflunisal</i>	NIVEL 3	
<i>etodolac (tab 400 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>etodolac (tab er 24hr 400 mg, tab er 24hr 500 mg, tab er 24hr 600 mg)</i>	NIVEL 4	
<i>flurbiprofen tab 100 mg</i>	NIVEL 2	
<i>ibuprofen (tab 400 mg, tab 600 mg, tab 800 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>indomethacin (cap 25 mg, cap 50 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>ketoprofen (25 mg cap, 50 mg cap, cap 50 mg, 75 mg cap, cap 75 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>meloxicam (tab 7.5 mg, tab 15 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>nabumetone</i>	NIVEL 2	
<i>naproxen (tab 250 mg, tab 375 mg, tab 500 mg, tab ec 375 mg, tab ec 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>piroxicam</i>	NIVEL 3	
<i>sulindac</i>	NIVEL 2	

ANESTÉSICOS

ANESTÉSICOS LOCALES

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

ANSIOLÍTICOS

ANSIOLÍTICOS, OTROS

<i>buspirone hcl</i>	NIVEL 2	
<i>meprobamate</i>	NIVEL 4	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BENZODIACEPINAS		
<i>alprazolam (tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 1 mg)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam tab 2 mg</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>chlordiazepoxide hcl cap 10 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (30 PER 1 DAYS)
<i>chlordiazepoxide hcl cap 25 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>chlordiazepoxide hcl cap 5 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (60 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (orally disintegrating tab 0.125 mg, orally disintegrating tab 0.25 mg, orally disintegrating tab 0.5 mg, tab 0.5 mg)</i>	NIVEL 2	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (orally disintegrating tab 1 mg, tab 1 mg)</i>	NIVEL 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (orally disintegrating tab 2 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium tab 15 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium tab 3.75 mg</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium tab 7.5 mg</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam (conc 5 mg/ml, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam oral soln 1 mg/ml</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>diazepam tab 10 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>diazepam tab 2 mg</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam tab 0.5 mg</i>	NIVEL 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam tab 1 mg</i>	NIVEL 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam tab 2 mg</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)

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

ANTITABACO, MEDICAMENTOS

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

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

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

DEPENDENCIA A OPIOIDES

<i>buprenorphine hcl sl tab 2 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>buprenorphine hcl sl tab 8 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (21 PER 90 OVER TIME)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate (-naloxone sl film 2-0.5 mg equiv), -naloxone sl film 4-1 mg equiv))</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate (-naloxone sl film 8-2 mg equiv), -naloxone sl tab 8-2 mg equiv))</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
ZUBSOLV (0.7-0.18 MG SL TAB, 1.4-0.36 MG SL TAB, 5.7-1.4 MG SL TAB)	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
ZUBSOLV (2.9-0.71 MG SL TAB, 11.4-2.9 MG SL TAB)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SL TAB	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)

DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN

<i>acamprosate calcium</i>	NIVEL 4	
<i>disulfiram</i>	NIVEL 2	

REVERTIDORES OPIOIDEOS

<i>naloxone hcl (inj 0.4 mg/ml, inj 4 mg/10ml, soln prefilled syringe 2 mg/2ml)</i>	NIVEL 2	
NALOXONE HCL 0.4 MG/ML SOLN CART	NIVEL 2	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>naltrexone hcl</i>	NIVEL 2	
NARCAN	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)

ANTIBACTERIANOS

AMINOGLUCÓSIDOS

<i>amikacin sulfate inj 500 mg/2ml (250 mg/ml)</i>	NIVEL 4	
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	NIVEL 3	
<i>gentamicin sulfate inj 40 mg/ml</i>	NIVEL 4	
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	NIVEL 2	
<i>neomycin sulfate</i>	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>paromomycin sulfate</i>	NIVEL 4	
STREPTOMYCIN SULFATE	NIVEL 4	
<i>tobramycin sulfate (for inj 1.2 gm, inj 1.2 gm/30ml (40 mg/ml) (base equiv), 2 gm/50ml solution, 10 mg/ml solution, inj 80 mg/2ml (40 mg/ml) (base equiv))</i>	NIVEL 4	

ANTIBACTERIANOS, OTROS

<i>acetic acid (otic)</i>	NIVEL 2	
<i>aztreonam</i>	NIVEL 5	
<i>clindamycin hcl</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	NIVEL 3	
<i>clindamycin phosphate</i>	NIVEL 4	
<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	NIVEL 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL	NIVEL 4	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	NIVEL 2	
<i>colistimethate sodium</i>	NIVEL 4	
<i>daptomycin (350 mg recon soln, for iv soln 350 mg, for iv soln 500 mg)</i>	NIVEL 5	
<i>fosfomycin tromethamine</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)
<i>linezolid for susp 100 mg/5ml</i>	NIVEL 5	PA
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE	NIVEL 5	
<i>linezolid iv soln 600 mg/300ml (2 mg/ml)</i>	NIVEL 5	
<i>linezolid tab 600 mg</i>	NIVEL 4	PA
<i>methenamine hippurate</i>	NIVEL 2	
<i>metronidazole (tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>metronidazole (topical) (cream, lotion)</i>	NIVEL 3	
METRONIDAZOLE 5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
<i>metronidazole gel 0.75%</i>	NIVEL 2	
<i>metronidazole gel 1%</i>	NIVEL 4	
<i>metronidazole in nacl (0.74% soln 500 mg/100ml, 0.79% soln 500 mg/100ml)</i>	NIVEL 4	
<i>metronidazole vaginal</i>	NIVEL 3	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	NIVEL 2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ORBACTIV	NIVEL 5	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
SYNERCID	NIVEL 5	
<i>tigecycline (50 mg recon soln, for iv soln 50 mg)</i>	NIVEL 5	
TRIMETHOPRIM (100 MG TAB, TAB 100 MG)	NIVEL 2	
VANCOMYCIN HCL (1.25 GM RECON SOLN, 1.5 GM RECON SOLN, CAP 125 MG (BASE EQUIVALENT), CAP 250 MG (BASE EQUIVALENT), FOR IV SOLN 1 GM (BASE EQUIVALENT), FOR IV SOLN 10 GM (BASE EQUIVALENT), 250 MG RECON SOLN, FOR IV SOLN 500 MG (BASE EQUIVALENT), 750 MG RECON SOLN, FOR IV SOLN 750 MG (BASE EQUIVALENT))	NIVEL 4	
XIFAXAN 200 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)

BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS

<i>cefaclor (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, cap 250 mg, 375 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, cap 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>cefadroxil (1 gm tab, cap 500 mg, tab 1 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>cefadroxil (susp 250 mg/5ml, susp 500 mg/5ml)</i>	NIVEL 3	
CEFAZOLIN SODIUM (1 GM RECON SOLN, FOR INJ 1 GM, FOR INJ 10 GM, 20 GM RECON SOLN, 100 GM RECON SOLN, 300 GM RECON SOLN, FOR INJ 500 MG)	NIVEL 4	
<i>cefdinir (cap 300 mg, for susp 125 mg/5ml, for susp 250 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	
<i>cefepime hcl (inj 1 gm, inj 2 gm)</i>	NIVEL 4	
<i>cefixime (cap 400 mg, for susp 100 mg/5ml, for susp 200 mg/5ml)</i>	NIVEL 4	
<i>cefotaxime sodium (1 gm recon soln, for inj 1 gm)</i>	NIVEL 4	
<i>cefotetan disodium (inj 1 gm, inj 2 gm)</i>	NIVEL 4	
<i>cefoxitin sodium</i>	NIVEL 4	
<i>cefpodoxime proxetil (for susp 50 mg/5ml, for susp 100 mg/5ml, tab 100 mg, tab 200 mg)</i>	NIVEL 4	
<i>cefprozil (for susp 125 mg/5ml, for susp 250 mg/5ml, tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ceftazidime</i>	NIVEL 4	
<i>ceftriaxone sodium (inj 1 gm, inj 2 gm, inj 10 gm, inj 250 mg, inj 500 mg, iv soln 1 gm, iv soln 2 gm)</i>	NIVEL 4	
<i>cefuroxime axetil</i>	NIVEL 2	
<i>cefuroxime sodium</i>	NIVEL 4	
<i>cephalexin (cap 250 mg, cap 500 mg, for susp 125 mg/5ml, for susp 250 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	
TEFLARO	NIVEL 5	

BETALACTÁMICOS, PENICILINAS

<i>amoxicillin & pot clavulanate (for susp 200-28.5 mg/5ml, for susp 250-62.5 mg/5ml, for susp 400-57 mg/5ml, for susp 600-42.9 mg/5ml, tab 250-125 mg, tab 500-125 mg, tab 875-125 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>amoxicillin (125 mg chew tab, (trihydrate) cap 250 mg, (trihydrate) cap 500 mg, (trihydrate) for susp 125 mg/5ml, (trihydrate) for susp 200 mg/5ml, (trihydrate) for susp 250 mg/5ml, 250 mg chew tab, (trihydrate) for susp 400 mg/5ml, (trihydrate) tab 500 mg, (trihydrate) tab 875 mg)</i>	NIVEL 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE	NIVEL 2	
AMPICILLIN	NIVEL 2	
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i>	NIVEL 4	
AMPICILLIN SODIUM (1 GM RECON SOLN, FOR INJ 1 GM, 2 GM RECON SOLN, FOR INJ 2 GM, 125 MG RECON SOLN, FOR INJ 250 MG, FOR INJ 500 MG, FOR IV SOLN 2 GM, FOR IV SOLN 10 GM)	NIVEL 4	
AMPICILLIN-SULBACTAM SODIUM	NIVEL 4	
BICILLIN L-A	NIVEL 4	
<i>dicloxacillin sodium</i>	NIVEL 2	
NAFCILLIN SODIUM (1 GM RECON SOLN, FOR INJ 1 GM, 2 GM RECON SOLN, FOR INJ 2 GM)	NIVEL 4	
<i>nafcillin sodium for iv soln 10 gm</i>	NIVEL 5	
<i>penicillin g potassium</i>	NIVEL 4	
PENICILLIN G SODIUM	NIVEL 4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg/5ml recon soln, tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
PFIZERPEN	NIVEL 4	
<i>piperacillin sodium-tazobactam sodium</i>	NIVEL 4	

CARBAPENÉMICOS

<i>ertapenem sodium</i>	NIVEL 4	
<i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, intravenous for soln 250 mg, intravenous for soln 500 mg)</i>	NIVEL 4	
<i>meropenem</i>	NIVEL 4	

MACRÓLIDOS

<i>azithromycin (for susp 100 mg/5ml, for susp 200 mg/5ml, tab 250 mg, tab 500 mg, tab 600 mg)</i>	NIVEL 2	
AZITHROMYCIN 1 GM PACKET	NIVEL 3	
<i>azithromycin iv for soln 500 mg</i>	NIVEL 4	
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	NIVEL 4	
<i>clarithromycin (tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>clarithromycin tab er 24hr 500 mg</i>	NIVEL 3	
E.E.S. 400	NIVEL 4	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	NIVEL 4	
<i>erythromycin base (base 250 mg cp dr part, tab 250 mg, tab 500 mg, w/ delayed release particles cap 250 mg)</i>	NIVEL 4	
ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE 400 MG TAB	NIVEL 4	

QUINOLONAS

BESIVANCE	NIVEL 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	NIVEL 4	
<i>ciprofloxacin (susp 250 mg/5ml (5%) (5 gm/100ml), susp 500 mg/5ml (10%) (10 gm/100ml))</i>	NIVEL 4	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	NIVEL 4	
<i>ciprofloxacin hcl (100 mg tab, tab 250 mg (base equiv), tab 500 mg (base equiv), tab 750 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	NIVEL 2	
<i>levofloxacin (tab 250 mg, tab 500 mg, tab 750 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>levofloxacin in d5w (soln 500 mg/100ml, soln 750 mg/150ml)</i>	NIVEL 4	
<i>levofloxacin iv soln 25 mg/ml</i>	NIVEL 4	
<i>levofloxacin oral soln 25 mg/ml</i>	NIVEL 3	
<i>moxifloxacin hcl tab 400 mg (base equiv)</i>	NIVEL 4	
OFLOXACIN (300 MG TAB, TAB 400 MG)	NIVEL 2	

SULFONAMIDAS

<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	NIVEL 3	
SULFADIAZINE	NIVEL 3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (susp 200-40 mg/5ml, tab 400-80 mg, tab 800-160 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	NIVEL 4	

TETRACICLINAS

<i>doxycycline (monohydrate) (cap 50 mg, cap 100 mg, tab 50 mg, tab 75 mg, tab 100 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>doxycycline hyclate (cap 50 mg, cap 100 mg, tab 20 mg, tab 100 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>doxycycline hyclate for inj 100 mg</i>	NIVEL 4	
<i>minocycline hcl (cap 50 mg, cap 75 mg, cap 100 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>minocycline hcl (tab 50 mg, tab 75 mg, tab 100 mg)</i>	NIVEL 4	
<i>tetracycline hcl</i>	NIVEL 4	

ANTICONVULSIVOS

ANTICONVULSIVOS, OTROS

BRIVIACT (10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	ST, QL (20 PER 1 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>divalproex sodium</i>	NIVEL 2	
EPIDIOLEX	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA
<i>felbamate (susp 600 mg/5ml, tab 400 mg, tab 600 mg)</i>	NIVEL 4	
FINTEPLA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (12 PER 1 DAYS)
FYCOMPA (4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 5	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	ST, QL (24 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 2 MG TAB	NIVEL 4	ST, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine (tab 25 mg, tab 100 mg, tab 150 mg, tab 200 mg, tab chewable dispersible 5 mg, tab chewable dispersible 25 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>levetiracetam (oral soln 100 mg/ml, tab 250 mg, tab 500 mg, tab 750 mg, tab 1000 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>levetiracetam tab er 24hr 500 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levetiracetam tab er 24hr 750 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
SPRITAM 1000 MG TAB	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 1 DAYS)
SPRITAM 750 MG TAB	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>topiramate (cap er 24hr 100 mg, cap er 24hr 150 mg, cap er 24hr 200 mg, cap er 24hr 25 mg, cap er 24hr 50 mg)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>topiramate (sprinkle cap 15 mg, sprinkle cap 25 mg, tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg, tab 200 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>valproate sodium inj 100 mg/ml</i>	NIVEL 4	
<i>valproate sodium oral soln 250 mg/5ml (base equiv)</i>	NIVEL 2	
<i>valproic acid</i>	NIVEL 2	
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
XCOPRI (50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
XCOPRI (COPRI 14 150 MG 14 200 MG TAB THPK, COPRI 14 50 MG 14 100 MG TAB THPK)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (28 PER 28 OVER TIME)
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (28 PER 28 OVER TIME)

AUMENTANTES DEL ÁCIDO GAMMAAMINO BUTÍRICO (GABA)

<i>clobazam suspension 2.5 mg/ml</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>clobazam tab 10 mg</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>clobazam tab 20 mg</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
DIAZEPAM 10 MG GEL	NIVEL 4	QL (20 PER 30 OVER TIME)
DIAZEPAM 2.5 MG GEL	NIVEL 4	QL (5 PER 30 OVER TIME)
DIAZEPAM 20 MG GEL	NIVEL 4	QL (40 PER 30 OVER TIME)
<i>gabapentin (tab 600 mg, tab 800 mg)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin cap 100 mg</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin cap 300 mg</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin cap 400 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin oral soln 250 mg/5ml</i>	NIVEL 3	QL (72 PER 1 DAYS)
<i>phenobarbital (elixir 20 mg/5ml, tab 15 mg, tab 16.2 mg, tab 30 mg, tab 32.4 mg, tab 60 mg, tab 64.8 mg, tab 97.2 mg, tab 100 mg)</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>primidone</i>	NIVEL 2	
SYMPAZAN	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tiagabine hcl</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VALTOCO 10 MG DOSE	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>vigabatrin</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)

CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS

APTOM (200 MG TAB, 400 MG TAB)	NIVEL 5	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
APTOM (600 MG TAB, 800 MG TAB)	NIVEL 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>carbamazepine (cap er 12hr 100 mg, cap er 12hr 200 mg, cap er 12hr 300 mg, chew tab 100 mg, susp 100 mg/5ml, tab 200 mg, tab er 12hr 100 mg, tab er 12hr 200 mg, tab er 12hr 400 mg)</i>	NIVEL 2	
DILANTIN (30 MG CAP, 100 MG CAP)	NIVEL 3	
DILANTIN INFATABS	NIVEL 3	
<i>oxcarbazepine (tab 150 mg, tab 300 mg, tab 600 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>oxcarbazepine susp 300 mg/5ml (60 mg/ml)</i>	NIVEL 4	
PEGANONE	NIVEL 4	
PHENYTEK	NIVEL 4	
<i>phenytoin (chew tab 50 mg, susp 125 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin sodium extended</i>	NIVEL 2	
<i>rufinamide susp 40 mg/ml</i>	NIVEL 5	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide tab 200 mg</i>	NIVEL 4	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide tab 400 mg</i>	NIVEL 4	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
VIMPAT (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	ST, QL (40 PER 1 DAYS)
VIMPAT 200 MG/20ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIMPAT 50 MG TAB	NIVEL 4	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zonisamide</i>	NIVEL 2	

MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

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

ANTIDEMENCIALES

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

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

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

ANTIDEMENCIALES, OTROS

ERGOLOID MESYLATES	NIVEL 4
--------------------	---------

INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

<i>donepezil hydrochloride (tab 5 mg, tab 10 mg)</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>rivastigmine</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>rivastigmine tartrate</i>	NIVEL 2	

ANTIDEPRESIVOS

ANTIDEPRESIVOS, OTROS

<i>bupropion hcl (tab 100 mg, tab er 12hr 100 mg)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl (tab er 12hr 150 mg, tab er 24hr 150 mg)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl tab 75 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl tab er 12hr 200 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl tab er 24hr 300 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
LYBALVI	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
MAPROTILINE HCL	NIVEL 2	
<i>mirtazapine</i>	NIVEL 2	

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA

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

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

<i>citalopram hydrobromide (oral soln 10 mg/5ml, tab 10 mg (base equiv), tab 20 mg (base equiv), tab 40 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	
--	---------	--

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DESVENLAFAXINE ER	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate (tab er 24hr 25 mg equiv), tab er 24hr 50 mg equiv))</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate tab er 24hr 100 mg (base equiv)</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (soln 5 mg/5ml equiv), tab 5 mg equiv), tab 10 mg equiv), tab 20 mg equiv))</i>	NIVEL 2	
FETZIMA	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
FETZIMA TITRATION	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (28 PER 30 OVER TIME)
<i>fluoxetine hcl (cap 10 mg, cap 20 mg, cap 40 mg, solution 20 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	
FLUOXETINE HCL (PMDD) ((PMDD) 10 MG CAP, (PMDD) 20 MG CAP)	NIVEL 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	NIVEL 4	QL (4 PER 28 OVER TIME)
<i>fluvoxamine maleate (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg)</i>	NIVEL 2	
NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, TAB 50 MG, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB, TAB 250 MG)	NIVEL 2	
<i>paroxetine hcl (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 30 mg, tab 40 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>paroxetine hcl oral susp 10 mg/5ml (base equiv)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)
PAXIL 10 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>sertraline hcl (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>sertraline hcl oral concentrate for solution 20 mg/ml</i>	NIVEL 3	
<i>trazodone hcl (tab 50 mg, tab 100 mg, tab 150 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>trazodone hcl tab 300 mg</i>	NIVEL 3	
TRINTELLIX	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (cap er 24hr 150 mg equivalent), cap er 24hr 37.5 mg equivalent))</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (tab 25 mg equivalent), tab 37.5 mg equivalent), tab 50 mg equivalent), tab 75 mg equivalent), tab 100 mg equivalent))</i>	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>venlafaxine hcl cap er 24hr 75 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
VIIBRYD	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
VIIBRYD STARTER PACK	NIVEL 4	ST, QL (30 PER 30 OVER TIME)

TRICÍCLICOS

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

ANTIEMÉTICOS

ANTIEMÉTICOS, OTROS

<i>meclizine hcl (tab 12.5 mg, tab 25 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>metoclopramide hcl (soln 5 mg/5ml (10 mg/10ml) equiv), tab 5 mg equivalent), tab 10 mg equivalent))</i>	NIVEL 2	
<i>metoclopramide hcl inj 5 mg/ml (base equivalent)</i>	NIVEL 4	
<i>perphenazine</i>	NIVEL 2	
<i>prochlorperazine</i>	NIVEL 2	
<i>prochlorperazine edisylate inj 10 mg/2ml</i>	NIVEL 4	
<i>prochlorperazine maleate</i>	NIVEL 2	
<i>promethazine hcl (tab 12.5 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>scopolamine</i>	NIVEL 4	PA

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

COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGENICA

<i>aprepitant (capsule 80 mg, capsule 125 mg, capsule therapy pack 80 & 125 mg)</i>	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
<i>aprepitant capsule 40 mg</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 30 OVER TIME)
<i>dronabinol</i>	NIVEL 4	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>granisetron hcl (0.1 mg/ml solution, inj 1 mg/ml, inj 4 mg/4ml (1 mg/ml))</i>	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
<i>granisetron hcl tab 1 mg</i>	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ondansetron</i>	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>ondansetron hcl (24 mg tab, tab 24 mg)</i>	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination, QL (15 PER 30 OVER TIME)
<i>ondansetron hcl (tab 4 mg, tab 8 mg)</i>	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>ondansetron hcl oral soln 4 mg/5ml</i>	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination, QL (30 PER 1 DAYS)

ANTIESPÁSTICOS

<i>baclofen tab 10 mg</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>baclofen tab 20 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>baclofen tab 5 mg</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>dantrolene sodium (cap 25 mg, cap 50 mg, cap 100 mg)</i>	NIVEL 3	
<i>tizanidine hcl (tab 2 mg equivalent), tab 4 mg equivalent))</i>	NIVEL 2	

ANTIFÚNGICOS

ABELCET	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMBISOME	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination
AMPHOTERICIN B	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
<i>caspofungin acetate (50 mg recon soln, for iv soln 50 mg, 70 mg recon soln, for iv soln 70 mg)</i>	NIVEL 5	PA
<i>ciclopirox olamine (cream equiv), susp equiv))</i>	NIVEL 2	
clotrimazole	NIVEL 2	
<i>clotrimazole (topical) (cream, soln)</i>	NIVEL 2	

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

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

ANTIGOTOSOS

<i>allopurinol</i>	NIVEL 2	
COLCHICINE (0.6 MG CAP, TAB 0.6 MG)	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>colchicine w/ probenecid</i>	NIVEL 2	
COLCRYS	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
KRYSTEXXA	NIVEL 5	PA, LA
<i>probenecid</i>	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIJAQUECOSOS		
AGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA (5-HT)		
<i>naratriptan hcl</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE (INJ 6 MG/0.5ML, SOLUTION AUTO-INJECTOR 4 MG/0.5ML, SOLUTION CARTRIDGE 4 MG/0.5ML, 6 MG/0.5ML SOLN PRSYR, SOLUTION AUTO-INJECTOR 6 MG/0.5ML, SOLUTION CARTRIDGE 6 MG/0.5ML)	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg)</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>zolmitriptan (orally disintegrating tab 2.5 mg, orally disintegrating tab 5 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
ALCALOIDES DE ERGOTAMINA		
<i>dihydroergotamine mesylate inj 1 mg/ml</i>	NIVEL 4	PA
<i>dihydroergotamine mesylate nasal spray 4 mg/ml</i>	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)
MIGERGOT	NIVEL 4	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PROFILÁCTICOS		
AIMOVIG	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
AIMOVIG (140 MG DOSE)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>timolol maleate (tab 5 mg, 10 mg tab, tab 10 mg, tab 20 mg)</i>	NIVEL 2	
ANTIMIASTÉNICOS		
PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
GUANIDINE HCL	NIVEL 2	
<i>pyridostigmine bromide tab 60 mg</i>	NIVEL 2	QL (25 PER 1 DAYS)
ANTIMICOBACTERIANOS		
ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS		
<i>dapsone (tab 25 mg, tab 100 mg)</i>	NIVEL 3	

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

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

ANTINEOPLÁSICOS

ALQUILANTES

CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, CAP 25 MG, 50 MG CAP, 50 MG TAB, CAP 50 MG)	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
GLEOSTINE (40 MG CAP, 100 MG CAP)	NIVEL 5	
GLEOSTINE 10 MG CAP	NIVEL 4	
LEUKERAN	NIVEL 4	
MATULANE	NIVEL 5	LA
VALCHLOR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)

ANTIANDRÓGENOS

<i>abiraterone acetate tab 250 mg</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>abiraterone acetate tab 500 mg</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bicalutamide</i>	NIVEL 2	
ERLEADA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FLUTAMIDE (125 MG CAP, CAP 125 MG)	NIVEL 3	
<i>nilutamide</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
NUBEQA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
XTANDI (40 MG CAP, 40 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
XTANDI 80 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)

ANTIANGIOGÉNICOS

POMALYST	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
REVLIMID	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
THALOMID (50 MG CAP, 100 MG CAP)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)

ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES

EMCYT	NIVEL 4	
<i>fulvestrant (250 mg/5ml solution, inj 250 mg/5ml)</i>	NIVEL 5	
SOLTAMOX	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tamoxifen citrate</i>	NIVEL 2	
<i>toremifene citrate</i>	NIVEL 5	

ANTIMETABOLITOS

DROXIA	NIVEL 3	
<i>hydroxyurea</i>	NIVEL 2	
INQOVI	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (5 PER 28 OVER TIME)
<i>mercaptopurine</i>	NIVEL 2	
PURIXAN	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA
TABLOID	NIVEL 3	

ANTINEOPLÁSICOS, OTROS

AYVAKIT	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
BRUKINSA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
EXKIVITY	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
FOTIVDA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (21 PER 28 OVER TIME)
IDHIFA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
INREBIC	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (70 PER 28 OVER TIME)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (91 PER 28 OVER TIME)
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (49 PER 28 OVER TIME)
KOSELUGO 10 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
KOSELUGO 25 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>leucovorin calcium (inj 100 mg, inj 350 mg)</i>	NIVEL 4	
<i>leucovorin calcium (tab 5 mg, tab 10 mg, tab 15 mg, tab 25 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>levoleucovorin calcium (for inj 50 mg equ), soln pf 175 mg/17.5ml equ), soln pf 250 mg/25ml equ))</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 15-6.14 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (100 PER 28 OVER TIME)
LONSURF 20-8.19 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (80 PER 28 OVER TIME)
LUMAKRAS	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (8 PER 1 DAYS)
LYSODREN	NIVEL 5	
NINLARO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 21 OVER TIME)
ONUREG	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (14 PER 28 OVER TIME)
QINLOCK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
RETEVMO 40 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (6 PER 1 DAYS)
RETEVMO 80 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
ROZLYTREK 100 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (5 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ROZLYTREK 200 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 1 DAYS)
SYNRIBO	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination
TABRECTA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
TAZVERIK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
WELIREG	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (20 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (16 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (12 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (24 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (16 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (32 PER 28 OVER TIME)
ZOLINZA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)

COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO

<i>mesna</i>	NIVEL 4
MESNEX 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4
MESNEX 400 MG TAB	NIVEL 5

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INHIBIDORES DE ENZIMAS		
GAVRETO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN		
<i>anastrozole</i>	NIVEL 2	
<i>exemestane</i>	NIVEL 2	
<i>letrozole</i>	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES		
AFINITOR 10 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
AFINITOR DISPERZ	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALECENSA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
ALUNBRIG 30 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
BALVERSA 3 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
BALVERSA 4 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
BALVERSA 5 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
BOSULIF 100 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
BRAFTOVI 50 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
BRAFTOVI 75 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
CABOMETYX	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
CALQUENCE	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
CAPRELSA 100 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CAPRELSA 300 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
COPIKTRA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (56 PER 28 OVER TIME)
COTELIC	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (63 PER 28 OVER TIME)
DAURISMO 100 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
DAURISMO 25 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ERIVEDGE	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>erlotinib hcl (tab 100 mg equivalent), tab 150 mg equivalent))</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>erlotinib hcl tab 25 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>everolimus (tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>everolimus (tab 7.5 mg, tab 10 mg)</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>everolimus (tab susp 2 mg, tab susp 3 mg, tab susp 5 mg)</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
FARYDAK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 21 OVER TIME)
GILOTRIF	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
IBRANCE	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (21 PER 28 OVER TIME)
ICLUSIG (10 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
ICLUSIG 15 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>imatinib mesylate tab 100 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>imatinib mesylate tab 400 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
IMBRUVICA (70 MG CAP, 280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
IMBRUVICA 140 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
INLYTA 1 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
INLYTA 5 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
IRESSA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
JAKAFI	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
KISQALI (200 MG DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (21 PER 28 OVER TIME)
KISQALI (400 MG DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (42 PER 28 OVER TIME)
KISQALI (600 MG DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (63 PER 28 OVER TIME)
<i>lapatinib ditosylate</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
LORBRENA 100 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
LORBRENA 25 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MEKINIST 0.5 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
MEKINIST 2 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
MEKTOVI	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
NERLYNX	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
NEXAVAR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
ODOMZO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
PEMAZYRE	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (14 PER 21 OVER TIME)
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
RUBRACA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
RYDAPT	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (8 PER 1 DAYS)
SPRYCEL (100 MG TAB, 140 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
SPRYCEL (70 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
SPRYCEL 20 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (6 PER 1 DAYS)
SPRYCEL 50 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 1 DAYS)
STIVARGA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>sunitinib malate (cap 37.5 mg equivalent), cap 50 mg equivalent))</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sunitinib malate cap 12.5 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (7 PER 1 DAYS)
<i>sunitinib malate cap 25 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 1 DAYS)
TAFINLAR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TAGRISO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
TALZENNA 0.25 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
TALZENNA 1 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
TASIGNA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
TEPMETKO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
TIBSOVO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (21 PER 28 OVER TIME)
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (42 PER 28 OVER TIME)
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (42 PER 28 OVER TIME)
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (63 PER 28 OVER TIME)
TUKYSA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
TURALIO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
UKONIQ	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VENCLEXTA 10 MG TAB	NIVEL 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
VENCLEXTA 100 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VENCLEXTA 50 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
VENCLEXTA STARTING PACK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (84 PER 365 OVER TIME)
VERZENIO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
VITRAKVI 100 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (10 PER 1 DAYS)
VITRAKVI 25 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VIZIMPRO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
VOTRIENT	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
XALKORI	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
XOSPATA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ZEJULA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ZELBORAF	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
ZYDELIG	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
ZYKADIA 150 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 1 DAYS)

RETINOIDES

<i>bexarotene</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (10 PER 1 DAYS)
PANRETIN	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TARGRETIN 1 % GEL	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	NIVEL 5	

ANTIPARASITARIOS

ANTIHELMÍNTICOS

<i>albendazole</i>	NIVEL 4	
<i>ivermectin tab 3 mg</i>	NIVEL 3	QL (16 PER 365 OVER TIME)
<i>praziquantel</i>	NIVEL 3	

ANTIPROTOZOICOS

ALINIA	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 3 OVER TIME)
<i>atovaquone</i>	NIVEL 5	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	NIVEL 3	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	NIVEL 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	NIVEL 4	QL (720 PER 365 OVER TIME)
CHLOROQUINE PHOSPHATE (500 MG TAB, TAB 500 MG)	NIVEL 2	QL (25 PER 30 OVER TIME)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>chloroquine phosphate tab 250 mg</i>	NIVEL 2	QL (50 PER 30 OVER TIME)
COARTEM	NIVEL 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 100 MG TAB	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 300 MG TAB	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 400 MG TAB	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate tab 200 mg</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
KRINTAFEL	NIVEL 4	QL (4 PER 28 OVER TIME)
<i>mefloquine hcl</i>	NIVEL 2	
<i>nitazoxanide</i>	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
<i>pentamidine isethionate for nebulization soln 300 mg</i>	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
<i>pentamidine isethionate for soln 300 mg</i>	NIVEL 3	
<i>primaquine phosphate (26.3 base) mg tab, tab 26.3 mg mg base))</i>	NIVEL 3	
<i>pyrimethamine</i>	NIVEL 5	PA
<i>quinine sulfate</i>	NIVEL 3	PA, QL (6 PER 1 DAYS)

ANTIPARKINSONIANOS

AGONISTAS DE LA DOPAMINA

APOKYN	NIVEL 5	PA, LA
<i>bromocriptine mesylate</i>	NIVEL 2	
<i>pramipexole dihydrochloride (tab 0.125 mg, tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 0.75 mg, tab 1 mg, tab 1.5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>ropinirole hydrochloride (tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg, tab 3 mg, tab 4 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	

ANTICOLINÉRGICOS

<i>benztropine mesylate (tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>benztropine mesylate inj 1 mg/ml</i>	NIVEL 4	
<i>trihexyphenidyl hcl (oral soln 0.4 mg/ml, tab 2 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl (cap 100 mg, soln 50 mg/5ml, syrup 50 mg/5ml, tab 100 mg)</i>	NIVEL 2	
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE	NIVEL 4	
<i>entacapone</i>	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>selegiline hcl (5 mg tab, cap 5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
PRECURSORES DE LA DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA L-AMINOÁCIDO DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa</i>	NIVEL 5	
<i>carbidopa-levodopa (tab 10-100 mg, tab 25-100 mg, tab 25-250 mg, tab er 25-100 mg, tab er 50-200 mg)</i>	NIVEL 2	
ANTIPSICÓTICOS		
PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS		
<i>chlorpromazine hcl (inj 25 mg/ml, tab 10 mg, tab 25 mg, 30 mg/ml conc, 50 mg/2ml solution, tab 50 mg, 100 mg/ml conc, tab 100 mg, tab 200 mg)</i>	NIVEL 4	
<i>fluphenazine decanoate</i>	NIVEL 4	
<i>fluphenazine hcl (tab 1 mg, 2.5 mg/5ml elixir, 2.5 mg/ml solution, tab 2.5 mg, 5 mg/ml conc, tab 5 mg, tab 10 mg)</i>	NIVEL 4	
<i>haloperidol</i>	NIVEL 2	
<i>haloperidol decanoate</i>	NIVEL 3	
<i>haloperidol lactate</i>	NIVEL 3	
<i>loxapine succinate</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	NIVEL 3	
<i>thioridazine hcl</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene</i>	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>trifluoperazine hcl</i>	NIVEL 2	

RESISTENTES AL TRATAMIENTO

CLOZAPINE (12.5 MG TAB DISP, ORALLY DISINTEGRATING TAB 25 MG, ORALLY DISINTEGRATING TAB 100 MG, 150 MG TAB DISP, 200 MG TAB DISP)	NIVEL 4	
<i>clozapine (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg, tab 200 mg)</i>	NIVEL 2	
VERSACLOZ	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (18 PER 1 DAYS)

SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS

ABILIFY MAINTENA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>aripiprazole (tab 10 mg, tab 15 mg)</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole (tab 10 mg, tab 15 mg, tab 20 mg, tab 30 mg)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	NIVEL 4	QL (25 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole tab 2 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole tab 5 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
ARISTADA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ARISTADA INITIO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2.4 PER 42 OVER TIME)
<i>asenapine maleate</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
CAPLYTA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
FANAPT (6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
FANAPT TITRATION PACK	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (8 PER 30 OVER TIME)
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3.5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (0.75 PER 28 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 28 OVER TIME)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1.5 PER 28 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (0.25 PER 28 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (0.5 PER 28 OVER TIME)
INVEGA TRINZA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 30 OVER TIME)
LATUDA (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
LATUDA (80 MG TAB, 120 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
NUPLAZID 17 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>olanzapine</i>	NIVEL 2	
<i>paliperidone (tab er 24hr 1.5 mg, tab er 24hr 3 mg, tab er 24hr 9 mg)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>paliperidone tab er 24hr 6 mg</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
PERSERIS	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>quetiapine fumarate (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg, tab 200 mg, tab 300 mg, tab 400 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>quetiapine fumarate (tab er 24hr 150 mg, tab er 24hr 200 mg, tab er 24hr 300 mg, tab er 24hr 400 mg, tab er 24hr 50 mg)</i>	NIVEL 3	
REXULTI	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
RISPERDAL CONSTA (25 MG, 37.5 MG, 50 MG)	NIVEL 5	
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG SRER	NIVEL 4	
<i>risperidone (0.25 mg tab disp, orally disintegrating tab 0.5 mg, orally disintegrating tab 1 mg, orally disintegrating tab 2 mg, orally disintegrating tab 3 mg, orally disintegrating tab 4 mg)</i>	NIVEL 4	
<i>risperidone (tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg, tab 3 mg, tab 4 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>risperidone soln 1 mg/ml</i>	NIVEL 3	
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VRAYLAR (1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (7 PER 30 OVER TIME)
<i>ziprasidone hcl</i>	NIVEL 2	
<i>ziprasidone mesylate</i>	NIVEL 4	
ZYPREXA RELPREVV	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIVÍRICOS

ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)

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

ANTIGRIPALES

<i>oseltamivir phosphate cap 30 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate cap 45 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate cap 75 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate for susp 6 mg/ml (base equiv)</i>	NIVEL 4	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL	NIVEL 2	
XOFLUZA (40 MG DOSE)	NIVEL 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 2 X 40 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)

ANTIHEPATÍTICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)

<i>adefovir dipivoxil</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (21 PER 1 DAYS)
<i>entecavir</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	
<i>lamivudine (hbv)</i>	NIVEL 3	
VEMLIDY	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIHEPÁTICOS CONTRA LA HEPATITIS C		
EPCLUSA (150-37.5 MG PACKET, 200-50 MG TAB, 400-100 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
EPCLUSA 200-50 MG PACKET	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
HARVONI (33.75-150 MG PACKET, 45-200 MG TAB, 90-400 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
HARVONI 45-200 MG PACKET	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
MAVYRET 100-40 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
PEGINTRON	NIVEL 5	
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	NIVEL 2	
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VOSEVI	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

ANTIHERPÉTICOS

<i>acyclovir (cap 200 mg, tab 400 mg, tab 800 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>acyclovir sodium iv soln 50 mg/ml</i>	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
<i>acyclovir susp 200 mg/5ml</i>	NIVEL 4	
<i>famciclovir</i>	NIVEL 3	
<i>trifluridine (1 % solution, ophth soln 1%)</i>	NIVEL 2	
<i>valacyclovir hcl</i>	NIVEL 2	

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)

BIKTARVY	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ISENTRESS HD	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TIVICAY (25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY 10 MG TAB	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY PD	NIVEL 4	QL (5 PER 1 DAYS)

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA

APTIVUS 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (10 PER 1 DAYS)
APTIVUS 250 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (cap 150 mg equiv), cap 200 mg equiv)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate cap 300 mg (base equiv)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
CRIXIVAN 200 MG CAP	NIVEL 3	QL (9 PER 1 DAYS)
CRIXIVAN 400 MG CAP	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
EVOTAZ	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
INVIRASE 200 MG CAP	NIVEL 5	QL (10 PER 1 DAYS)
INVIRASE 500 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (56 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	NIVEL 4	QL (13 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	NIVEL 4	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
NORVIR (100 MG CAP, 100 MG PACKET)	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (15 PER 1 DAYS)
PREZCOBIX	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 600 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
PREZISTA 800 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>ritonavir</i>	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
SYM TUZA	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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NO NUCLEOSÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NNRTI)		
COMPLERA	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DELSTRIGO	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz cap 200 mg</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz cap 50 mg</i>	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz tab 600 mg</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>etravirine tab 100 mg</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>etravirine tab 200 mg</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine tab 200 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine tab er 24hr 100 mg</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine tab er 24hr 400 mg</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PIFELTRO	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
RESCRIPTOR 100 MG TAB	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
RESCRIPTOR 200 MG TAB	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)

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

<i>abacavir sulfate soln 20 mg/ml (base equiv)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate tab 300 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
CIMDUO	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DESCOVY	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DIDANOSINE (200 MG CAP DR, DELAYED RELEASE CAPSULE 200 MG, 250 MG CAP DR, DELAYED RELEASE CAPSULE 250 MG, 400 MG CAP DR, DELAYED RELEASE CAPSULE 400 MG)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine oral soln 10 mg/ml</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine tab 150 mg</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine tab 300 mg</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
STAVUDINE (15 MG CAP, CAP 15 MG, 20 MG CAP, CAP 20 MG, 30 MG CAP, CAP 30 MG, 40 MG CAP, CAP 40 MG)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
TEMIXYS	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIDEX 2 GM RECON SOLN	NIVEL 3	
VIDEX EC 125 MG CAP DR	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	NIVEL 5	QL (240 PER 30 OVER TIME)
ZERIT 1 MG/ML RECON SOLN	NIVEL 3	QL (80 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine cap 100 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine syrup 10 mg/ml</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine tab 300 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS

CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, QL (4 PER 30 OVER TIME)
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, QL (6 PER 30 OVER TIME)
FUZEON	NIVEL 5	QL (60 PER 30 OVER TIME)
RUKOBIA	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY (75 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (60 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SELZENTRY 25 MG TAB	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 300 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
TYBOST	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

BIPOLARES

ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO

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

BUCODENTALES

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

CARDIOVASCULARES

AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA

<i>clonidine</i>	NIVEL 4	
<i>clonidine hcl</i>	NIVEL 2	
<i>droxidopa cap 100 mg</i>	NIVEL 5	PA, QL (252 PER 90 OVER TIME)
<i>droxidopa cap 200 mg</i>	NIVEL 5	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME)
<i>droxidopa cap 300 mg</i>	NIVEL 5	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl</i>	NIVEL 2	
<i>methyldopa (250 mg tab, tab 250 mg, 500 mg tab, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>midodrine hcl</i>	NIVEL 2	

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II

<i>candesartan cilexetil</i>	NIVEL 2	
EPROSARTAN MESYLATE	NIVEL 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>irbesartan</i>	NIVEL 1	
<i>losartan potassium</i>	NIVEL 1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>olmesartan medoxomil</i>	NIVEL 2	
<i>telmisartan</i>	NIVEL 1	
<i>valsartan</i>	NIVEL 1	

ANTIARRÍTMICOS

<i>amiodarone hcl (tab 100 mg, tab 200 mg, tab 400 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>disopyramide phosphate</i>	NIVEL 4	
<i>dofetilide</i>	NIVEL 4	
<i>flecainide acetate</i>	NIVEL 2	
<i>mexiletine hcl</i>	NIVEL 2	
MULTAQ	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>propafenone hcl (tab 150 mg, tab 225 mg, tab 300 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>quinidine gluconate tab er 324 mg</i>	NIVEL 4	
QUINIDINE SULFATE	NIVEL 2	
<i>sotalol hcl</i>	NIVEL 2	
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	NIVEL 2	

BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA

<i>doxazosin mesylate</i>	NIVEL 2	
<i>prazosin hcl</i>	NIVEL 2	
<i>terazosin hcl</i>	NIVEL 2	

BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

<i>acebutolol hcl</i>	NIVEL 2	
<i>atenolol</i>	NIVEL 1	
<i>betaxolol hcl</i>	NIVEL 2	
<i>bisoprolol fumarate</i>	NIVEL 2	
<i>carvedilol</i>	NIVEL 1	
<i>labetalol hcl (tab 100 mg, tab 200 mg, tab 300 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>metoprolol succinate</i>	NIVEL 2	
<i>metoprolol tartrate (tab 25 mg, tab 37.5 mg, tab 50 mg, tab 75 mg, tab 100 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>nadolol</i>	NIVEL 1	
<i>nebivolol hcl</i>	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>pindolol</i>	NIVEL 1	
<i>propranolol hcl (cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 160 mg, cap er 24hr 60 mg, cap er 24hr 80 mg, tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg, tab 60 mg, tab 80 mg)</i>	NIVEL 2	

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS

<i>amlodipine besylate</i>	NIVEL 1	
<i>felodipine</i>	NIVEL 2	
<i>nicardipine hcl (cap 20 mg, cap 30 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>nifedipine</i>	NIVEL 2	
<i>nimodipine</i>	NIVEL 4	
NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (1260 PER 21 OVER TIME)

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS

<i>diltiazem hcl (cap er 12hr 120 mg, cap er 12hr 60 mg, cap er 12hr 90 mg, cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 180 mg, cap er 24hr 240 mg, tab 30 mg, tab 60 mg, tab 90 mg, tab 120 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	NIVEL 2	
<i>verapamil hcl (cap er 24hr 100 mg, cap er 24hr 200 mg, cap er 24hr 300 mg)</i>	NIVEL 4	
<i>verapamil hcl (cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 180 mg, cap er 24hr 240 mg)</i>	NIVEL 3	
<i>verapamil hcl (tab 40 mg, tab 80 mg, tab 120 mg, tab er 120 mg, tab er 180 mg, tab er 240 mg)</i>	NIVEL 2	
VERAPAMIL HCL ER	NIVEL 4	

CARDIOVASCULARES, OTROS

<i>acetazolamide (tab 125 mg, tab 250 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>aliskiren fumarate</i>	NIVEL 3	PA
<i>amiloride & hydrochlorothiazide</i>	NIVEL 2	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i>	NIVEL 1	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>	NIVEL 2	
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	NIVEL 1	
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i>	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>atenolol & chlorthalidone</i>	NIVEL 1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide</i>	NIVEL 1	
BENAZEPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	NIVEL 1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide</i>	NIVEL 2	
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>	NIVEL 2	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	NIVEL 1	
CORLANOR (5 MG TAB, 7.5 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>digoxin (0.05 mg/ml solution, oral soln 0.05 mg/ml)</i>	NIVEL 4	
<i>digoxin tab 125 mcg (0.125 mg)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin tab 250 mcg (0.25 mg)</i>	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>	NIVEL 1	
ENTRESTO	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i>	NIVEL 1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	NIVEL 1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide</i>	NIVEL 1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i>	NIVEL 1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide</i>	NIVEL 2	
METOPROLOL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	NIVEL 2	
<i>metyrosine</i>	NIVEL 5	
<i>olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	NIVEL 2	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	NIVEL 2	
<i>pentoxifylline</i>	NIVEL 2	
PROPRANOLOL-HCTZ	NIVEL 2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	NIVEL 1	
<i>ranolazine</i>	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>	NIVEL 2	
TEKTURNA HCT	NIVEL 3	PA
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide</i>	NIVEL 1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide</i>	NIVEL 2	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	NIVEL 1	
VYNDAMAX	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)

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

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

DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO

<i>fenofibrate (tab 40 mg, tab 48 mg, tab 54 mg, tab 120 mg, tab 145 mg, tab 160 mg)</i>	NIVEL 2
<i>fenofibrate micronized (cap 67 mg, cap 134 mg, cap 200 mg)</i>	NIVEL 2
<i>gemfibrozil</i>	NIVEL 2

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

<i>atorvastatin calcium</i>	NIVEL 1
<i>fluvastatin sodium (cap 20 mg equivalent), cap 40 mg equivalent))</i>	NIVEL 1
<i>fluvastatin sodium tab er 24 hr 80 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2
<i>lovastatin</i>	NIVEL 1
<i>pravastatin sodium</i>	NIVEL 1
<i>rosuvastatin calcium</i>	NIVEL 1
<i>simvastatin</i>	NIVEL 1

DISLIPIDÉMICOS, OTROS

<i>cholestyramine (powder 4 gm/dose, powder packets 4 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>cholestyramine light (powder 4 gm/dose, powder packets 4 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>colesevelam hcl</i>	NIVEL 4	
<i>colestipol hcl (granule packets 5 gm, granules 5 gm, tab 1 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>ezetimibe</i>	NIVEL 3	
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	NIVEL 2	
<i>icosapent ethyl</i>	NIVEL 4	
JUXTAPID	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>niacin (antihyperlipidemic) (tab er 750 mg (antihyperlipidemic), tab er 1000 mg (antihyperlipidemic))</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	NIVEL 3	
<i>niacin tab er 500 mg (antihyperlipidemic)</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR	NIVEL 3	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
REPATHA	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	NIVEL 4	PA, QL (3.5 PER 28 OVER TIME)
REPATHA SURECLICK	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
VASCEPA 0.5 GM CAP	NIVEL 4	

DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO

<i>amiloride hcl</i>	NIVEL 2
<i>eplerenone</i>	NIVEL 4
<i>spironolactone</i>	NIVEL 2

DIURÉTICOS, ASA

<i>bumetanide (tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2
<i>bumetanide inj 0.25 mg/ml</i>	NIVEL 4
<i>furosemide (8 mg/ml solution, oral soln 10 mg/ml)</i>	NIVEL 2
<i>furosemide (tab 20 mg, tab 40 mg, tab 80 mg)</i>	NIVEL 1
<i>furosemide inj 10 mg/ml</i>	NIVEL 4
<i>torsemide</i>	NIVEL 2

DIURÉTICOS, TIAZIDAS

CHLOROTHIAZIDE (500 MG TAB, TAB 500 MG)	NIVEL 2
<i>chlorthalidone</i>	NIVEL 2
<i>hydrochlorothiazide</i>	NIVEL 1
<i>indapamide</i>	NIVEL 2
<i>metolazone</i>	NIVEL 2

INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)

<i>benazepril hcl</i>	NIVEL 1
<i>captopril</i>	NIVEL 1
<i>enalapril maleate (tab 2.5 mg, tab 5 mg, tab 10 mg, tab 20 mg)</i>	NIVEL 1
<i>fosinopril sodium</i>	NIVEL 1
<i>lisinopril</i>	NIVEL 1
<i>moexipril hcl</i>	NIVEL 1
<i>perindopril erbumine</i>	NIVEL 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>quinapril hcl</i>	NIVEL 1	
<i>ramipril</i>	NIVEL 1	
<i>trandolapril</i>	NIVEL 1	

VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA

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

VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS

<i>isosorbide dinitrate</i>	NIVEL 2	
ISOSORBIDE DINITRATE ER	NIVEL 2	
<i>isosorbide mononitrate</i>	NIVEL 2	
NITRO-BID	NIVEL 3	
<i>nitroglycerin (patch 24hr 0.1 mg/hr, patch 24hr 0.2 mg/hr, patch 24hr 0.4 mg/hr, patch 24hr 0.6 mg/hr)</i>	NIVEL 2	
<i>nitroglycerin (sl tab 0.3 mg, sl tab 0.4 mg, sl tab 0.6 mg)</i>	NIVEL 3	
NITROSTAT	NIVEL 3	
RECTIV	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)

DERMATOLÓGICOS

ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

<i>acitretin</i>	NIVEL 4	
<i>adapalene gel 0.1%</i>	NIVEL 4	
<i>isotretinoin (cap 10 mg, cap 20 mg, cap 30 mg, cap 40 mg)</i>	NIVEL 4	
<i>tazarotene cream 0.1%</i>	NIVEL 4	
TAZORAC 0.05 % CREAM	NIVEL 4	
<i>tretinoin (cream 0.025%, cream 0.05%, cream 0.1%, gel 0.01%, gel 0.025%)</i>	NIVEL 2	PA

ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS

<i>acyclovir oint 5%</i>	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>ciclopirox solution 8%</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate (topical) (gel, lotion, soln)</i>	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ERY	NIVEL 3	
<i>erythromycin (acne aid) (gel, soln)</i>	NIVEL 2	
<i>erythromycin pads 2%</i>	NIVEL 3	
<i>mupirocin</i>	NIVEL 2	
SULFAMYLON 85 MG/GM CREAM	NIVEL 4	

DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

<i>alclometasone dipropionate oint 0.05%</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate (topical) (cream, lotion)</i>	NIVEL 2	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUG	NIVEL 4	
<i>betamethasone dipropionate augmented oint 0.05%</i>	NIVEL 4	
<i>betamethasone valerate (cream equivalent), lotion equivalent), oint equivalent))</i>	NIVEL 2	
<i>clobetasol propionate (cream, soln)</i>	NIVEL 2	
<i>clobetasol propionate emollient base</i>	NIVEL 2	
<i>clobetasol propionate gel 0.05%</i>	NIVEL 4	
<i>clobetasol propionate oint 0.05%</i>	NIVEL 3	
<i>desonide (cream, oint)</i>	NIVEL 2	ST
<i>desoximetasone (cream, oint)</i>	NIVEL 4	
<i>fluocinolone acetonide (cream 0.01%, cream 0.025%, oint 0.025%)</i>	NIVEL 2	
<i>fluocinolone acetonide (oil (body oil), oil (scalp oil), soln)</i>	NIVEL 4	
<i>fluocinonide (cream, gel, oint, soln)</i>	NIVEL 2	
<i>fluocinonide emulsified base</i>	NIVEL 2	
<i>fluticasone propionate (cream 0.05%, oint 0.005%)</i>	NIVEL 2	
<i>halobetasol propionate (cream, oint)</i>	NIVEL 2	QL (200 PER 28 OVER TIME)
<i>hydrocortisone (rectal)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone (topical) (cream 1%, cream 2.5%, lotion 2.5%, oint 1%, oint 2.5%)</i>	NIVEL 2	
HYDROCORTISONE BUTYRATE (0.1 % SOLUTION, SOLN 0.1%)	NIVEL 4	ST
<i>hydrocortisone valerate cream 0.2%</i>	NIVEL 2	ST
<i>lactic acid (ammonium lactate) (lactate) cream, lactate) lotion)</i>	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>mometasone furoate solution 0.1% (lotion)</i>	NIVEL 2	
<i>selenium sulfide lotion 2.5%</i>	NIVEL 2	
<i>tacrolimus (topical)</i>	NIVEL 3	ST, QL (100 PER 30 OVER TIME)
<i>triamcinolone acetonide (topical) (cream 0.025%, cream 0.1%, cream 0.5%, lotion 0.1%, oint 0.025%, oint 0.1%, oint 0.5%)</i>	NIVEL 2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%</i>	NIVEL 3	

DERMATOLÓGICOS, OTROS

<i>calcipotriene (cream, oint)</i>	NIVEL 4	
<i>calcipotriene soln 0.005% (50 mcg/ml)</i>	NIVEL 3	
<i>clotrimazole w/ betamethasone (w/ cream 1-0.05%, w/ lotion 1-0.05%)</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium (actinic keratoses)</i>	NIVEL 5	PA, QL (300 PER 365 OVER TIME)
DUOBRII	NIVEL 5	PA, QL (200 PER 28 OVER TIME)
FLUOROURACIL (2 % SOLUTION, 5 % SOLUTION)	NIVEL 2	
<i>fluorouracil (topical)</i>	NIVEL 2	
<i>imiquimod cream 5%</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>nystatin-triamcinolone</i>	NIVEL 4	
<i>podofilox</i>	NIVEL 2	
REGRANEX	NIVEL 5	PA, QL (15 PER 2 OVER TIME)
SANTYL	NIVEL 3	QL (180 PER 30 OVER TIME)
<i>silver sulfadiazine</i>	NIVEL 2	
TOLAK	NIVEL 3	

PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS

LINDANE	NIVEL 4	
<i>malathion</i>	NIVEL 4	
<i>permethrin</i>	NIVEL 2	

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES

<i>deferiasirox (tab 90 mg, tab 180 mg, tab 360 mg, tab for oral susp 125 mg, tab for oral susp 250 mg, tab for oral susp 500 mg)</i>	NIVEL 5	
<i>deferiprone</i>	NIVEL 5	PA, LA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FERRIPROX (100 MG/ML SOLUTION, 1000 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA
FERRIPROX TWICE-A-DAY	NIVEL 5	PA, LA
<i>trientine hcl</i>	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)

QUELANTES DE FOSFATO

AURYXIA	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i>	NIVEL 2	
<i>sevelamer carbonate tab 800 mg</i>	NIVEL 2	

QUELANTES DE POTASIO

<i>sodium polystyrene sulfonate (*sodium powder**, sodium oral susp 15 gm/60ml)</i>	NIVEL 2	
SPS	NIVEL 2	
VELTASSA	NIVEL 3	

SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES

<i>*amino acid infusion 15%***</i>	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMINO ACID 10 % SOLUTION	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
<i>amino acid electrolyte infusion</i>	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMINOSYN	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMINOSYN II	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMINOSYN-HBC	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMINOSYN-PF	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMINOSYN-RF	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMINOSYN/ELECTROLYTES	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
CARBAGLU	NIVEL 5	PA, LA
CRYSVITA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
CRYSVITA 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
CRYSVITA 30 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA, QL (6 PER 28 OVER TIME)
FREAMINE III	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
HEPATAMINE	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
INTRALIPID	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
KCL IN DEXTROSE-NACL	NIVEL 4	
NORMOSOL-M IN D5W	NIVEL 4	
NUTRILIPID	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>potassium chloride (cap er 8, cap er 10, tab er 8 (600 mg), tab er 10, tab er 20 (1500 mg))</i>	NIVEL 2	
POTASSIUM CHLORIDE (INJ 2 MEQ/ML, 10 MEQ/100ML SOLUTION, INJ 10 MEQ/100ML, ORAL SOLN 10% (20 MEQ/15ML), 20 MEQ/100ML SOLUTION, INJ 20 MEQ/100ML, ORAL SOLN 20% (40 MEQ/15ML), 40 MEQ/100ML SOLUTION, INJ 40 MEQ/100ML)	NIVEL 4	
POTASSIUM CHLORIDE ER	NIVEL 2	
<i>potassium chloride in dextrose & sodium chloride (20 meq/l (0.1)0.2% inj, 20 meq/l (0.1)0.33% inj, 20 meq/l (0.1)0.4inj, 20 meq/l (0.1)0.9% inj)</i>	NIVEL 4	
<i>potassium chloride in nacl (kcl 20 meq/l (0.15%)0.9% inj, kcl 40 meq/l (0.3%)0.9% inj, potassium chloride40-0.9 meq/l-% solution)</i>	NIVEL 4	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	NIVEL 2	
<i>potassium citrate (alkalinizer) (tab er 5 (540 mg), tab er 10 (1080 mg))</i>	NIVEL 2	
<i>potassium citrate tab er 15 meq (1620 mg)</i>	NIVEL 3	
PREMASOL	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
<i>sodium chloride (0.9 % solution, inj 2.5 meq/ml (14.6%), iv soln 0.45%, iv soln 0.9%, iv soln 3%, iv soln 5%, preservative free (pf) inj 0.9%)</i>	NIVEL 4	
<i>sodium fluoride (chew tab 0.25 mg f 0.55 mg naf), chew tab 0.5 mg f 1.1 mg naf), chew tab 1 mg f 2.2 mg naf))</i>	NIVEL 2	
SYNTHAMIN 17	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
TRAVASOL	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
TROPHAMINE 10 % SOLUTION	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination

VITAMINAS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LACTATED RINGERS	NIVEL 4	
<i>levocarnitine tab 330 mg</i>	NIVEL 2	
NEONATAL PLUS	NIVEL 3	
<i>potassium chloride in dextrose (20 meq/l (0.15%)5% inj, 40-5 meq/l-% solution)</i>	NIVEL 4	
<i>prenatal vitamins</i>	NIVEL 3	
<i>ringer's</i>	NIVEL 4	
<i>ringer's irrigation</i>	NIVEL 2	
SMOFLIPID	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
TPN ELECTROLYTES	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

AMINOSALICILATOS

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

GLUCOCORTICOIDES

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

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

<i>alendronate sodium (5 mg tab, tab 5 mg, tab 10 mg, tab 35 mg, 40 mg tab, tab 70 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>calcitonin (salmon) nasal soln 200 unit/act</i>	NIVEL 2	QL (3.7 PER 30 OVER TIME)
<i>calcitriol (cap 0.25 mcg, cap 0.5 mcg)</i>	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>calcitriol oral soln 1 mcg/ml</i>	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
<i>cinacalcet hcl (tab 60 mg equiv), tab 90 mg equiv)</i>	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination
<i>cinacalcet hcl tab 30 mg (base equiv)</i>	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
<i>doxercalciferol (cap 0.5 mcg, cap 1 mcg, cap 2.5 mcg, inj 4 mcg/2ml (2 mcg/ml))</i>	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
ETIDRONATE DISODIUM 200 MG TAB	NIVEL 3	
<i>ibandronate sodium iv soln 3 mg/3ml (base equivalent)</i>	NIVEL 4	PA
<i>ibandronate sodium tab 150 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	
NATPARA	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
<i>paricalcitol (cap 1 mcg, cap 2 mcg, cap 4 mcg)</i>	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
<i>paricalcitol (soln 2 mcg/ml, soln 5 mcg/ml)</i>	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
PROLIA	NIVEL 4	PA
<i>risedronate sodium (tab 5 mg, tab 35 mg, tab 150 mg, tab delayed release 35 mg)</i>	NIVEL 4	
TYMLOS	NIVEL 5	PA, QL (1.56 PER 28 OVER TIME)
XGEVA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1.7 PER 28 OVER TIME)
<i>zoledronic acid (4 mg recon soln, 4 mg/100ml solution, inj conc for iv infusion 4 mg/5ml, iv soln 5 mg/100ml)</i>	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination

GASTROINTESTINALES

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)

<i>cimetidine</i>	NIVEL 2	
CIMETIDINE HCL (300 MG/5ML SOLUTION, SOLN 300 MG/5ML)	NIVEL 2	
<i>famotidine (tab 20 mg, tab 40 mg)</i>	NIVEL 2	
NIZATIDINE (150 MG CAP, CAP 150 MG, 300 MG CAP, CAP 300 MG)	NIVEL 2	

ANTIDIARREICOS

<i>alosetron hcl</i>	NIVEL 5	PA
<i>diphenoxylate w/ atropine</i>	NIVEL 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>loperamide hcl</i>	NIVEL 2	
ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES		
<i>dicyclomine hcl (cap 10 mg, tab 20 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>glycopyrrolate (tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	
ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
AMITIZA	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	NIVEL 2	
<i>lactulose solution 10 gm/15ml</i>	NIVEL 2	
LINZESS	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
MOVANTI-K	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride</i>	NIVEL 2	
RELISTOR (8 MG/0.4ML SOLUTION, 12 MG/0.6ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA
SUPREP BOWEL PREP KIT	NIVEL 3	
GASTROINTESTINALES, OTROS		
GATTEX	NIVEL 5	PA, LA
GAVILYTE-C	NIVEL 2	
MYALEPT	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate</i>	NIVEL 2	
<i>ursodiol (cap 300 mg, tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>lansoprazole (cap 15 mg, cap 30 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>omeprazole</i>	NIVEL 2	
<i>pantoprazole sodium (ec tab 20 mg equiv, ec tab 40 mg equiv)</i>	NIVEL 2	
<i>rabeprazole sodium ec tab 20 mg</i>	NIVEL 3	
PROTECTORES		
<i>misoprostol</i>	NIVEL 2	
<i>sucralfate tab 1 gm</i>	NIVEL 2	

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

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

GENITOURINARIOS

ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS

MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	NIVEL 4	
<i>oxybutynin chloride (syrup 5 mg/5ml, tab 5 mg, tab er 24hr 10 mg, tab er 24hr 15 mg, tab er 24hr 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>solifenacin succinate</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tolterodine tartrate</i>	NIVEL 2	ST
<i>tropium chloride tab 20 mg</i>	NIVEL 2	

GENITOURINARIOS, OTROS

<i>bethanechol chloride</i>	NIVEL 2	
<i>penicillamine tab 250 mg</i>	NIVEL 5	PA
THIOLA EC	NIVEL 5	PA, LA

HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

<i>alfuzosin hcl</i>	NIVEL 2	
<i>dutasteride</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>finasteride</i>	NIVEL 2	
<i>tamsulosin hcl</i>	NIVEL 2	

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

ANTICOAGULANTES

ELIQUIS 2.5 MG TAB	NIVEL 3	
ELIQUIS 5 MG TAB	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	NIVEL 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (inj 100 mg/ml, inj 150 mg/ml, inj 300 mg/3ml)</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (inj 80 mg/0.8ml, inj 120 mg/0.8ml)</i>	NIVEL 3	QL (48 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium inj 30 mg/0.3ml</i>	NIVEL 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium inj 40 mg/0.4ml</i>	NIVEL 3	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium inj 60 mg/0.6ml</i>	NIVEL 3	QL (36 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj 10 mg/0.8ml</i>	NIVEL 5	QL (24 PER 30 OVER TIME)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj 2.5 mg/0.5ml</i>	NIVEL 4	QL (15 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj 5 mg/0.4ml</i>	NIVEL 5	QL (12 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj 7.5 mg/0.6ml</i>	NIVEL 5	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>heparin sodium (porcine) ((porcine) inj 1000 unit/ml, (porcine) inj 5000 unit/ml, (porcine) inj 10000 unit/ml, (porcine) inj 20000 unit/ml)</i>	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
PRADAXA	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
warfarin sodium	NIVEL 2	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XARELTO STARTER PACK	NIVEL 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
ZONTIVITY	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PROMACTA 75 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
RETACRIT (2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION)	NIVEL 4	PA
RETACRIT 40000 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA
ZARXIO	NIVEL 5	PA

HEMOSTÁTICOS

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

MODIFICADORES PLAQUETARIOS

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

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

<i>desmopressin acetate (inj 4 mcg/ml, preservative free (pf) inj 4 mcg/ml)</i>	NIVEL 4	
<i>desmopressin acetate (tab 0.1 mg, tab 0.2 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>desmopressin acetate spray</i>	NIVEL 4	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	NIVEL 4	
EGRIFTA	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
EGRIFTA SV	NIVEL 5	PA, LA, QL (30 PER 30 OVER TIME)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INCRELEX	NIVEL 5	PA, LA
NORDITROPIN FLEXPOR	NIVEL 5	PA
SEROSTIM	NIVEL 5	PA, LA

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

ANDRÓGENOS

ANDRODERM	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>danazol</i>	NIVEL 4	
TESTOSTERONE (12.5 MG/ACT (1%) GEL, TD GEL 12.5 MG/ACT (1%), 25 MG/2.5GM (1%) GEL, TD GEL 25 MG/2.5GM (1%), 50 MG/5GM (1%) GEL, TD GEL 50 MG/5GM (1%))	NIVEL 3	PA, QL (300 PER 30 OVER TIME)
TESTOSTERONE CYPIONATE (100 MG/ML SOLUTION, IM INJ IN OIL 100 MG/ML, 200 MG/ML SOLUTION, IM INJ IN OIL 200 MG/ML)	NIVEL 2	
<i>testosterone enanthate (200 mg/ml solution, im inj in oil 200 mg/ml)</i>	NIVEL 4	QL (5 PER 30 OVER TIME)

ESTEROIDES ANABOLIZANTES

ANADROL-50	NIVEL 5	
<i>oxandrolone</i>	NIVEL 3	PA

ESTRÓGENOS

COMBIPATCH	NIVEL 3	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
DEPO-ESTRADIOL	NIVEL 4	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol</i>	NIVEL 2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)</i>	NIVEL 2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic)</i>	NIVEL 2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	NIVEL 3	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	NIVEL 2	
<i>estradiol & norethindrone acetate</i>	NIVEL 2	PA
<i>estradiol (patch 0.025 mg/24hr, patch 0.0375 mg/24hr (37.5 mcg/24hr), patch 0.05 mg/24hr, patch 0.06 mg/24hr, patch 0.075 mg/24hr, patch 0.1 mg/24hr)</i>	NIVEL 2	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>estradiol (patch 0.025 mg/24hr, patch 0.0375 mg/24hr, patch 0.05 mg/24hr, patch 0.075 mg/24hr, patch 0.1 mg/24hr)</i>	NIVEL 2	PA, QL (16 PER 28 OVER TIME)
<i>estradiol (tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>estradiol vaginal (cream 0.1 mg/gm, tab 10 mcg)</i>	NIVEL 2	
ESTRING	NIVEL 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	NIVEL 2	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	NIVEL 3	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>levonorgestrel & eth estradiol</i>	NIVEL 2	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	NIVEL 2	
<i>levonorgestrel-eth estradiol (triphasic)</i>	NIVEL 2	
MENEST	NIVEL 4	PA
<i>norethin acet & estrad-fe (tab 1 mg-20 mcg, tab 1.5 mg-30 mcg)</i>	NIVEL 2	
<i>norethindrone & eth estradiol (tab 0.4 mcg, tab 1 mcg)</i>	NIVEL 2	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol tab 0.5 mg-35 mcg</i>	NIVEL 3	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	NIVEL 2	
<i>norethindrone acet & eth estra</i>	NIVEL 2	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	NIVEL 2	PA
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	NIVEL 4	PA
<i>norethindrone-eth estradiol tab 0.5-35/0.75-35/1-35 mg-mcg</i>	NIVEL 2	
<i>norethindrone-eth estradiol tab 0.5-35/1-35/0.5-35 mg-mcg</i>	NIVEL 3	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	NIVEL 2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	NIVEL 2	
<i>norgestrel & ethinyl estradiol</i>	NIVEL 2	
PREMARIN (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)	NIVEL 3	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	NIVEL 3	
PREMPHASE	NIVEL 3	PA
PREMPRO	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS

OSPHENA	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>raloxifene hcl</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)

PROGESTINAS

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

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

ACTHAR	NIVEL 5	PA, LA
<i>alclometasone dipropionate cream 0.05%</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate augmented cream 0.05%</i>	NIVEL 3	
<i>betamethasone dipropionate augmented lotion 0.05%</i>	NIVEL 4	
<i>betamethasone dipropionate oint 0.05%</i>	NIVEL 3	
CORTISONE ACETATE	NIVEL 4	
DEXAMETHASONE (0.5 MG/5ML SOLUTION, ELIXIR 0.5 MG/5ML, TAB 0.5 MG, TAB 0.75 MG, 1 MG TAB, TAB 1.5 MG, 2 MG TAB, TAB 4 MG, TAB 6 MG)	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>dexamethasone sodium phosphate (inj 4 mg/ml, inj 20 mg/5ml, inj 120 mg/30ml)</i>	NIVEL 4	
<i>dexamethasone sodium phosphate (sod preservative free inj 10 mg/ml, sodium inj 10 mg/ml, sodium inj 100 mg/10ml)</i>	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
<i>fludrocortisone acetate</i>	NIVEL 2	
HEMADY	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydrocortisone butyrate oint 0.1%</i>	NIVEL 4	ST
<i>hydrocortisone valerate oint 0.2%</i>	NIVEL 2	
KORLYM	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>methylprednisolone</i>	NIVEL 2	
<i>methylprednisolone acetate (inj susp 40 mg/ml, inj susp 80 mg/ml)</i>	NIVEL 4	
<i>methylprednisolone sod succ (inj 40 mg equiv), inj 125 mg equiv))</i>	NIVEL 4	
<i>mometasone furoate (cream, oint)</i>	NIVEL 2	
<i>prednisolone (15 mg/5ml solution, syrup 15 mg/5ml (usp solution equivalent))</i>	NIVEL 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE (SOD PHOSPH ORAL SOLN 6.7 MG/5ML (5 MG/5ML BASE), SODIUM PHOSPHATE 25 MG/5ML SOLUTION)	NIVEL 2	
<i>prednisone (tab 1 mg, tab 2.5 mg, 5 mg/5ml solution, tab 5 mg, tab 10 mg, tab 20 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
PREDNISONE INTENSOL	NIVEL 3	

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

<i>levothyroxine sodium (tab 25 mcg, tab 50 mcg, tab 75 mcg, tab 88 mcg, tab 100 mcg, tab 112 mcg, tab 125 mcg, tab 137 mcg, tab 150 mcg, tab 175 mcg, tab 200 mcg, tab 300 mcg)</i>	NIVEL 2	
<i>liothyronine sodium (tab 5 mcg, tab 25 mcg, tab 50 mcg)</i>	NIVEL 2	
SYNTHROID	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HORMONALES, SUPRESORES (HIPOFISARIOS)		
<i>cabergoline</i>	NIVEL 2	QL (16 PER 30 OVER TIME)
FIRMAGON	NIVEL 4	
FIRMAGON (240 MG DOSE)	NIVEL 5	
<i>leuprolide acetate</i>	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	NIVEL 5	
<i>octreotide acetate (50 mcg/ml soln prsyr, inj 50 mcg/ml (0.05 mg/ml), 100 mcg/ml soln prsyr, inj 100 mcg/ml (0.1 mg/ml), 200 mcg/ml solution, inj 200 mcg/ml (0.2 mg/ml))</i>	NIVEL 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE (500 MCG/ML SOLN PRSYR, INJ 500 MCG/ML (0.5 MG/ML), 1000 MCG/ML SOLUTION, INJ 1000 MCG/ML (1 MG/ML))	NIVEL 5	PA
ORGOVYX	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
SANDOSTATIN LAR DEPOT	NIVEL 5	PA
SIGNIFOR	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
SOMATULINE DEPOT	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOMAVERT	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNAREL	NIVEL 5	

HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

ANTITIROIDEOS

<i>methimazole</i>	NIVEL 2
<i>propylthiouracil</i>	NIVEL 2

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

INMUNOLÓGICOS

ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL

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

INMUNOESTIMULANTES

ACTIMMUNE	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA
INTRON A (6000000 UNIT/ML SOLUTION, 10000000 UNIT RECON SOLN, 10000000 UNIT/ML SOLUTION, 18000000 UNIT RECON SOLN, 50000000 UNIT RECON SOLN)	NIVEL 5	LA
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 30 OVER TIME)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 30 OVER TIME)
PEGASYS PROCLICK 180 MCG/0.5ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 30 OVER TIME)
SYLATRON (200 MCG KIT, 300 MCG KIT)	NIVEL 5	
SYLATRON 600 MCG KIT	NIVEL 5	LA

INMUNOGLOBULINAS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INMUNOLÓGICOS, OTROS		
ARCALYST	NIVEL 5	PA, LA
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
ILARIS (150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA
STELARA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION, 90 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
TALTZ	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
XELJANZ (5 MG TAB, 10 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
XOLAIR (75 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA

INMUNOSUPRESORES

AZATHIOPRINE SODIUM	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
<i>azathioprine tab 50 mg</i>	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
<i>cyclosporine (cap 25 mg, cap 100 mg)</i>	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
<i>cyclosporine iv soln 50 mg/ml</i>	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
<i>cyclosporine modified (for microemulsion) (cap 25 mg, cap 50 mg, cap 100 mg, oral soln 100 mg/ml)</i>	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MG/0.5ML SOLUTION, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
ENBREL SURECLICK	NIVEL 5	PA
ENVARUSUS XR	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (immunosuppressant) (tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 0.75 mg)</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
HUMIRA	NIVEL 5	PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START	NIVEL 5	PA
HUMIRA PEN	NIVEL 5	PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	NIVEL 5	PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START	NIVEL 5	PA
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START	NIVEL 5	PA
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER	NIVEL 5	PA
<i>leflunomide</i>	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
METHOTREXATE SODIUM (FOR INJ 1 GM, INJ 50 MG/2ML (25 MG/ML), INJ PF 50 MG/2ML (25 MG/ML), 250 MG/10ML SOLUTION, INJ PF 250 MG/10ML (25 MG/ML), INJ PF 1000 MG/40ML (25 MG/ML))	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
<i>methotrexate sodium tab 2.5 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	
<i>mycophenolate mofetil (cap 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
<i>mycophenolate mofetil for oral susp 200 mg/ml</i>	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination
<i>mycophenolate mofetil hcl</i>	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
<i>mycophenolate sodium</i>	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
PROGRAF 0.2 MG PACKET	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
PROGRAF 1 MG PACKET	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZUROCK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
<i>sirolimus (oral soln 1 mg/ml, tab 2 mg)</i>	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination
<i>sirolimus (tab 0.5 mg, tab 1 mg)</i>	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
<i>tacrolimus (cap 0.5 mg, cap 1 mg, cap 5 mg)</i>	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
XATMEP	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
XELJANZ XR	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
ZORTRESS 1 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY

VACUNAS

ACTHIB	NIVEL 3	
ADACEL	NIVEL 3	
BCG VACCINE	NIVEL 3	
BEXSERO	NIVEL 3	
BOOSTRIX	NIVEL 3	
DAPTACEL	NIVEL 3	
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT	NIVEL 3	
ENGERIX-B	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
GARDASIL 9	NIVEL 3	
HAVRIX	NIVEL 3	
HIBERIX	NIVEL 3	

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

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

MIORRELAJANTES

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
OFTÁLMICOS		
OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	NIVEL 2	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	NIVEL 2	
<i>olopatadine hcl ophth soln 0.1% (base equivalent)</i>	NIVEL 2	
<i>olopatadine hcl ophth soln 0.2% (base equivalent)</i>	NIVEL 3	
OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	
<i>erythromycin (ophth)</i>	NIVEL 2	
GENTAK	NIVEL 2	
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	NIVEL 2	
<i>levofloxacin (ophth)</i>	NIVEL 3	
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	NIVEL 2	
NATACYN	NIVEL 3	
<i>ofloxacin (ophth)</i>	NIVEL 2	
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	NIVEL 2	
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	NIVEL 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	NIVEL 2	
<i>tobramycin (ophth)</i>	NIVEL 2	
OFTÁLMICOS ANTIINFLAMATORIOS		
ALREX	NIVEL 3	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	NIVEL 2	
<i>fluorometholone (ophth)</i>	NIVEL 3	
<i>flurbiprofen sodium (0.03 % solution, ophth soln 0.03%)</i>	NIVEL 2	
ILEVRO	NIVEL 3	QL (1.7 PER 30 OVER TIME)
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	NIVEL 2	
<i>loteprednol etabonate ophth susp 0.5%</i>	NIVEL 3	
PREDNISOLONE ACETATE	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
PROLENSA	NIVEL 3	

OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS

<i>latanoprost (0.005 % solution, ophth soln 0.005%)</i>	NIVEL 2	
LUMIGAN	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>travoprost</i>	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)

OFTÁLMICOS BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	NIVEL 2	
CARTEOLOL HCL	NIVEL 2	
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	NIVEL 2	
<i>levobunolol hcl (0.5 % solution, ophth soln 0.5%)</i>	NIVEL 2	
METIPRANOLOL	NIVEL 2	
TIMOLOL MALEATE (0.25 % GEL F SOLN, 0.5 % GEL F SOLN)	NIVEL 2	
<i>timolol maleate (ophth) (gel forming soln 0.25%, gel forming soln 0.5%, soln 0.25%, soln 0.5%)</i>	NIVEL 2	

OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS

<i>acetazolamide cap er 12hr 500 mg</i>	NIVEL 4	
ALPHAGAN P 0.1 % SOLUTION	NIVEL 3	
<i>apraclonidine hcl</i>	NIVEL 3	
AZOPT	NIVEL 3	
<i>brimonidine tartrate ophth soln 0.15%</i>	NIVEL 3	
<i>brimonidine tartrate ophth soln 0.2%</i>	NIVEL 2	
<i>brinzolamide</i>	NIVEL 3	
<i>dorzolamide hcl ophth soln 2%</i>	NIVEL 2	
<i>methazolamide</i>	NIVEL 4	
PHOSPHOLINE IODIDE	NIVEL 4	
<i>pilocarpine hcl</i>	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
OFTÁLMICOS, OTROS		
ATROPINE SULFATE 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>bacitracin-poly-neomycin-hc</i>	NIVEL 2	
<i>bacitracin-polymyxin b (ophth)</i>	NIVEL 2	
COMBIGAN	NIVEL 3	
DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MAL	NIVEL 2	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml</i>	NIVEL 2	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyxin</i>	NIVEL 2	
<i>neomycin-polymy-dexameth (oint, susp)</i>	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	NIVEL 2	
RESTASIS	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
RESTASIS MULTIDOSE	NIVEL 3	QL (5.5 PER 30 OVER TIME)
<i>sulfacetamide sod-prednisolone</i>	NIVEL 2	
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	NIVEL 2	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	NIVEL 2	

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

ANTIDIABÉTICOS

<i>acarbose</i>	NIVEL 2	
<i>glimepiride</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide-metformin hcl</i>	NIVEL 1	
<i>glyburide</i>	NIVEL 1	PA
<i>glyburide micronized</i>	NIVEL 1	PA
<i>glyburide-metformin</i>	NIVEL 1	PA
GLYXAMBI	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
INVOKAMET (50-1000 MG TAB, 150-1000 MG TAB, 150-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
INVOKAMET 50-500 MG TAB	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
INVOKAMET XR	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
INVOKANA 100 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
INVOKANA 300 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
JANUMET	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUMET XR (50-500 MG TAB ER 24H, 100-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUVIA	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>metformin hcl (tab 500 mg, tab 850 mg, tab 1000 mg, tab er 24hr 500 mg, tab er 24hr 750 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>miglitol</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nateglinide</i>	NIVEL 2	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	NIVEL 3	QL (1.5 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	NIVEL 3	QL (3 PER 28 OVER TIME)
<i>pioglitazone hcl</i>	NIVEL 2	
<i>repaglinide</i>	NIVEL 2	
RYBELSUS	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
SYMLINPEN 120	NIVEL 5	PA, QL (10.8 PER 28 OVER TIME)
SYMLINPEN 60	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 28 OVER TIME)
SYNJARDY	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR (5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRADJENTA	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
VICTOZA	NIVEL 3	QL (9 PER 30 OVER TIME)

GLUCÉMICOS

BAQSIMI ONE PACK	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide</i>	NIVEL 2	
GLUCAGEN HYPOKIT	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
<i>glucagon (rdna)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
GLUCAGON EMERGENCY	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)

INSULINAS

HUMALOG	NIVEL 3	
HUMALOG KWIKPEN	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 50/50	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 75/25	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	NIVEL 3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	NIVEL 5	
LANTUS	NIVEL 3	QL (40 PER 30 OVER TIME)
LANTUS SOLOSTAR	NIVEL 3	QL (45 PER 30 OVER TIME)
NOVOLOG	NIVEL 3	
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION	NIVEL 3	
NOVOLOG FLEXPEN	NIVEL 3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION	NIVEL 3	
NOVOLOG MIX 70/30	NIVEL 3	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	NIVEL 3	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	NIVEL 3	
NOVOLOG PENFILL	NIVEL 3	
NOVOLOG RELION	NIVEL 3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	NIVEL 3	QL (18 PER 28 OVER TIME)
TOUJEO SOLOSTAR	NIVEL 3	QL (18 PER 28 OVER TIME)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA

AUBAGIO	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
AVONEX	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
AVONEX PEN	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
AVONEX PREFILLED	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
BETASERON	NIVEL 5	PA, QL (15 PER 30 OVER TIME)
<i>dalfampridine</i>	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate</i>	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
EXTAVIA	NIVEL 5	PA, QL (15 PER 30 OVER TIME)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
GILENYA 0.5 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glatiramer acetate soln prefilled syringe 20 mg/ml</i>	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
PLEGRIDY	NIVEL 5	PA, LA
PLEGRIDY STARTER PACK 63 & 94 MCG/0.5ML SOLN PEN	NIVEL 5	PA, LA
PLEGRIDY STARTER PACK 63 & 94 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
REBIF	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 28 OVER TIME)
REBIF REBIDOSE	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 28 OVER TIME)
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
REBIF TITRATION PACK	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
TYSABRI	NIVEL 5	PA, LA

FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

DRIZALMA SPRINKLE (20 MG CAP DR, 30 MG CAP DR)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 1 DAYS)
DRIZALMA SPRINKLE (40 MG CAP DR, 60 MG CAP DR)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl (cap 20 mg eq), cap 60 mg eq))</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl enteric coated pellets cap 30 mg (base eq)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (cap 200 mg, cap 225 mg, cap 300 mg)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (cap 25 mg, cap 50 mg, cap 75 mg, cap 100 mg, cap 150 mg)</i>	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin soln 20 mg/ml</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 1 DAYS)
SAVELLA	NIVEL 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
SAVELLA TITRATION PACK	NIVEL 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (55 PER 28 OVER TIME)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL

<i>butalbital-acetaminophen-caffeine tab 50-325-40 mg</i>	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
FIRDAPSE	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>riluzole</i>	NIVEL 3	
<i>tetrabenazine tab 12.5 mg</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tetrabenazine tab 25 mg</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS ANFETAMÍNICOS CONTRA EL		
<i>amphetamine-dextroamphetamine (cap er 24hr 10 mg, cap er 24hr 15 mg, cap er 24hr 20 mg, cap er 24hr 25 mg, cap er 24hr 30 mg, cap er 24hr 5 mg)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (tab 5 mg, tab 7.5 mg, tab 10 mg, tab 15 mg)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (cap er 24hr 10 mg, tab 5 mg, tab 10 mg)</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (cap er 24hr 15 mg, tab 15 mg)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate cap er 24hr 5 mg</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate tab 20 mg</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate tab 30 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

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

<i>atomoxetine hcl (cap 10 mg equiv), cap 18 mg equiv, cap 25 mg equiv)</i>	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (cap 60 mg equiv), cap 80 mg equiv, cap 100 mg equiv)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl cap 40 mg (base equiv)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>clonidine hcl (adhd)</i>	NIVEL 3	
<i>dexmethylphenidate hcl (tab 2.5 mg, tab 5 mg, tab 10 mg)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl tab 10 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl tab 20 mg</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl tab 5 mg</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl tab er 10 mg</i>	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl tab er 20 mg</i>	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS		
ALCOH-WIPE	NIVEL 2	
ALCOHOL 70% PADS	NIVEL 2	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	NIVEL 2	
ESSENTRA WIPES 9X9"	NIVEL 2	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 2	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	NIVEL 2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	NIVEL 2	
INSULIN SYRINGE 1 ML	NIVEL 2	
<i>methylergonovine maleate tab 0.2 mg</i>	NIVEL 4	
RUZURGI	NIVEL 5	PA, LA, QL (10 PER 1 DAYS)
<i>water for irrigation, sterile</i>	NIVEL 2	

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES

ADEMPAS	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>ambrisentan</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>bosentan tab 125 mg</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bosentan tab 62.5 mg</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
OPSUMIT	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate for suspension 10 mg/ml</i>	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate tab 20 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i>	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRACLEER 32 MG TAB SOL	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA, QL (270 PER 30 OVER TIME)
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA, QL (90 PER 30 OVER TIME)

ANTIISTAMÍNICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>cypheptadine hcl tab 4 mg</i>	NIVEL 2	PA
<i>hydroxyzine hcl (tab 10 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride tab 5 mg</i>	NIVEL 2	
<i>promethazine hcl (inj 25 mg/ml, inj 50 mg/ml)</i>	NIVEL 4	PA
<i>promethazine hcl syrup 6.25 mg/5ml</i>	NIVEL 2	PA

ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR

<i>budesonide (inhalation)</i>	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
FLOVENT DISKUS (50 MCG/BLIST AER POW BA, 100 MCG/BLIST AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
FLOVENT DISKUS 250 MCG/BLIST AER POW BA	NIVEL 3	QL (240 PER 30 DAYS)
FLOVENT HFA 110 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (24 PER 30 OVER TIME)
FLOVENT HFA 220 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (24 PER 30 DAYS)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (22 PER 30 OVER TIME)
FLUNISOLIDE	NIVEL 2	ST, QL (50 PER 30 OVER TIME)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	NIVEL 2	QL (16 PER 30 OVER TIME)
PULMICORT FLEXHALER 180 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 4	QL (2 PER 30 DAYS)
PULMICORT FLEXHALER 90 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
QVAR REDHALER	NIVEL 3	QL (21.2 PER 30 DAYS)

ANTILEUCOTRIENOS

<i>montelukast sodium</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zafirlukast</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

BRONCODILATADORES, ANTICOLINÉRGICOS

ATROVENT HFA	NIVEL 3	QL (25.8 PER 30 OVER TIME)
INCRUSE ELLIPTA	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide</i>	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03% (21 mcg/spray)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06% (42 mcg/spray)</i>	NIVEL 2	QL (45 PER 30 OVER TIME)
SPIRIVA HANDHALER	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT	NIVEL 3	QL (4 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BRONCODILATADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 OVER TIME)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 OVER TIME)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	NIVEL 2	QL (13.4 PER 30 OVER TIME)
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN)	NIVEL 2	QL (36 PER 30 OVER TIME)
<i>albuterol sulfate (soln nebu 0.083% (2.5 mg/3ml), soln nebu 0.5% (5 mg/ml), soln nebu 0.63 mg/3ml (base equiv), soln nebu 1.25 mg/3ml (base equiv))</i>	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
<i>albuterol sulfate (tab 2 mg, tab 4 mg)</i>	NIVEL 4	
<i>epinephrine (anaphylaxis) (solution 0.15 mg/0.3ml (1:2000), solution 0.3 mg/0.3ml (1:1000))</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENALINE)	NIVEL 2	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>levalbuterol hcl (soln nebu 0.31 mg/3ml equiv), soln nebu 0.63 mg/3ml equiv, soln nebu 1.25 mg/3ml equiv, soln nebu conc 1.25 mg/0.5ml equiv)</i>	NIVEL 2	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE	NIVEL 3	QL (30 PER 30 OVER TIME)
SEREVENT DISKUS	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
STRIVERDI RESPIMAT	NIVEL 3	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>terbutaline sulfate (tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>terbutaline sulfate inj 1 mg/ml</i>	NIVEL 4	

ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS

<i>cromolyn sodium</i>	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
------------------------	---------	--------------------------------

FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA

ESBRIET (267 MG CAP, 267 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (9 PER 1 DAYS)
ESBRIET 801 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
OFEV	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)

FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

CAYSTON	NIVEL 5	PA, LA, QL (84 PER 28 OVER TIME)
KALYDECO	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, QL (150 PER 30 OVER TIME)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SYMDEKO	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
TOBI PODHALER	NIVEL 5	PA, LA, QL (224 PER 28 OVER TIME)
<i>tobramycin nebu soln 300 mg/4ml</i>	NIVEL 5	PA, QL (224 PER 28 OVER TIME)
<i>tobramycin nebu soln 300 mg/5ml</i>	NIVEL 5	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)

INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

DALIRESP 250 MCG TAB	NIVEL 4	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
DALIRESP 500 MCG TAB	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>theophylline (tab er 12hr 100 mg, tab er 12hr 200 mg, tab er 12hr 300 mg, tab er 12hr 450 mg, tab er 24hr 400 mg, tab er 24hr 600 mg)</i>	NIVEL 2	
THEOPHYLLINE ER	NIVEL 2	
<i>theophylline soln 80 mg/15ml</i>	NIVEL 3	

TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL

<i>acetylcysteine</i>	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
ANORO ELLIPTA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BEVESPI AEROSPHERE	NIVEL 3	QL (10.7 PER 28 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT	NIVEL 3	QL (4 PER 30 OVER TIME)
FLUTICASONE-SALMETEROL (55-14 MCG/ACT AER POW BA, 113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 2	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol (aer powder ba 100-50 mcg/dose, aer powder ba 250-50 mcg/dose, aer powder ba 500-50 mcg/dose)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium-albuterol</i>	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
NUCALA (100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 28 DAYS)
NUCALA 100 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
<i>ribavirin</i>	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG/INH AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25 MCG/INH AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
ALDURAZYME	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA
ARALAST NP	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA
BYLVAY (PELLETS) 200 MCG CAP SPRINK	NIVEL 5	PA, LA, QL (30 PER 1 DAYS)
BYLVAY (PELLETS) 600 MCG CAP SPRINK	NIVEL 5	PA, LA, QL (10 PER 1 DAYS)
BYLVAY 1200 MCG CAP	NIVEL 5	PA, LA, QL (5 PER 1 DAYS)
BYLVAY 400 MCG CAP	NIVEL 5	PA, LA, QL (15 PER 1 DAYS)
CERDELGA	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
CEREZYME	NIVEL 5	PA, LA
CHOLBAM 250 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
CHOLBAM 50 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
CREON	NIVEL 3	
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	NIVEL 4	
CYSTADANE	NIVEL 5	LA
CYSTAGON	NIVEL 4	PA, LA
CYSTARAN	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 28 OVER TIME)
FABRAZYME 35 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA
LUMIZYME	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA
<i>miglustat</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAGLAZYME	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA
<i>nifedipine</i>	NIVEL 5	PA
NITYR	NIVEL 5	PA, LA
PROCYSBI	NIVEL 5	PA, LA
PROLASTIN-C	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA
RAVICTI	NIVEL 5	PA, LA, QL (525 PER 30 OVER TIME)
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	NIVEL 5	PA
<i>sodium phenylbutyrate (oral powder 3 gm/teaspoonful, tab 500 mg)</i>	NIVEL 5	PA
STRENSIQ (18 MG/0.45ML SOLUTION, 28 MG/0.7ML SOLUTION, 40 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA
STRENSIQ 80 MG/0.8ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA, QL (38.4 PER 28 OVER TIME)
VYNDAQEL	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ZENPEP	NIVEL 4	

TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS

DORMIR, MEDICAMENTOS PARA

<i>estazolam</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
HETLIOZ	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ramelteon</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>temazepam cap 15 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>temazepam cap 30 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>triazolam tab 0.125 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>triazolam tab 0.25 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon cap 10 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon cap 5 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate tab 10 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate tab 5 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

EUGEROICOS

<i>modafinil tab 100 mg</i>	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>modafinil tab 200 mg</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XYREM	NIVEL 5	PA, LA, QL (540 PER 30 OVER TIME)

ÓTICOS

CIPROFLOXACIN HCL 0.2 % SOLUTION	NIVEL 4	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	NIVEL 4	
COLY-MYCIN S	NIVEL 3	
CORTISPORIN-TC	NIVEL 3	
DERMOTIC	NIVEL 3	
<i>hydrocortisone w/acetic acid</i>	NIVEL 3	
<i>neomycin-polymyxin-hc (otic)</i>	NIVEL 2	
<i>ofloxacin (otic)</i>	NIVEL 2	

Índice de medicamentos

A

abacavir sulfate.....	38	ALCOHOL 70% PADS.....	73
abacavir sulfate-lamivudine.....	38	ALDURAZYME.....	77
abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine....	38	ALECENSA.....	25
ABELCET.....	18	alendronate sodium.....	51
ABILIFY MAINTENA.....	33	alfuzosin hcl.....	54
abiraterone acetate.....	21	ALINIA.....	30
acamprosate calcium.....	6	aliskiren fumarate.....	42
acarbose.....	68	allopurinol.....	19
acebutolol hcl.....	41	alosetron hcl.....	52
acetaminophen w/ codeine.....	2	ALPHAGAN P.....	67
acetazolamide.....	42,67	alprazolam.....	5
acetic acid (otic).....	7	ALREX.....	66
acetylcysteine.....	76	ALUNBRIG.....	25
acitretin.....	46	amantadine hcl.....	32
ACTHAR.....	59	AMBISOME.....	18
ACTHIB.....	64	ambrisentan.....	73
ACTIMMUNE.....	62	amikacin sulfate.....	6
acyclovir.....	36	amiloride & hydrochlorothiazide.....	42
acyclovir sodium.....	36	amiloride hcl.....	45
acyclovir topical.....	46	AMINO ACID.....	49
ADACEL.....	64	amino acid electrolyte infusion.....	49
adapalene.....	46	amino acid infusion.....	49
adefovir dipivoxil.....	35	AMINOSYN.....	49
ADEMPAS.....	73	AMINOSYN II.....	49
AFINITOR.....	25	AMINOSYN-HBC.....	49
AFINITOR DISPERZ.....	25	AMINOSYN-PF.....	49
AIMOVIG.....	20	AMINOSYN-RF.....	49
AIMOVIG (140 MG DOSE).....	20	AMINOSYN/ELECTROLYTES.....	49
albendazole.....	30	amiodarone hcl.....	41
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair).....	75	AMITIZA.....	53
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair) .	75	amitriptyline hcl.....	17
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil).....	75	amlodipine besylate.....	42
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN).....	75	amlodipine besylate-benazepril hcl.....	42
albuterol sulfate.....	75	amlodipine besylate-olmesartan medoxomil.....	42
alclometasone dipropionate.....	47,59	amlodipine besylate-valsartan.....	42
ALCOH-WIPE.....	73	amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide..	42
		AMOXAPINE.....	17
		amoxicillin.....	9
		amoxicillin & pot clavulanate.....	9
		AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE.....	9

amphetamine-dextroamphetamine.....	72
AMPHOTERICIN B.....	18
AMPICILLIN.....	9
ampicillin & sulbactam sodium.....	9
AMPICILLIN SODIUM.....	9
AMPICILLIN-SULBACTAM SODIUM.....	9
ANADROL-50.....	57
anagrelide hcl.....	55
anastrozole.....	25
ANDRODERM.....	57
ANORO ELLIPTA.....	76
APOKYN.....	31
apraclonidine hcl.....	67
aprepitant.....	18
APTIOM.....	13
APTIVUS.....	37
ARALAST NP.....	77
ARANESP (ALBUMIN FREE).....	55
ARCALYST.....	63
aripiprazole.....	33
ARISTADA.....	33
ARISTADA INITIO.....	33
asenapine maleate.....	33
aspirin-dipyridamole.....	56
atazanavir sulfate.....	37
atenolol.....	41
atenolol & chlorthalidone.....	43
atomoxetine hcl.....	72
atorvastatin calcium.....	44
atovaquone.....	30
atovaquone-proguanil hcl.....	30
ATROPINE SULFATE.....	68
ATROVENT HFA.....	74
AUBAGIO.....	70
AURYXIA.....	49
AVONEX.....	70
AVONEX PEN.....	70
AVONEX PREFILLED.....	70
AYVAKIT.....	22
azathioprine.....	63
AZATHIOPRINE SODIUM.....	63

azelastine hcl.....	73
azelastine hcl (ophth).....	66
azithromycin.....	10
AZITHROMYCIN.....	10
AZOPT.....	67
aztreonam.....	7

B

BACITRACIN.....	66
bacitracin-poly-neomycin-hc.....	68
bacitracin-polymyxin b (ophth).....	68
baclofen.....	18
balsalazide disodium.....	51
BALVERSA.....	25
BAQSIMI ONE PACK.....	69
BAQSIMI TWO PACK.....	69
BARACLUDE.....	35
BCG VACCINE.....	64
benazepril & hydrochlorothiazide.....	43
benazepril hcl.....	45
BENAZEPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	43
BENLYSTA.....	63
BENZNIDAZOLE.....	30
benztropine mesylate.....	31
BERINERT.....	62
BESIVANCE.....	10
betamethasone dipropionate (topical).....	47,59
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUG.....	47
betamethasone dipropionate augmented.....	47,59
betamethasone valerate.....	47
BETASERON.....	70
betaxolol hcl.....	41
betaxolol hcl (ophth).....	67
bethanechol chloride.....	54
BEVESPI AEROSPHERE.....	76
bexarotene.....	30
BEXSERO.....	64
bicalutamide.....	21
BICILLIN L-A.....	9
BIKTARVY.....	36

BIOGUARD GAUZE SPONGES	73
bisoprolol & hydrochlorothiazide	43
bisoprolol fumarate	41
BIVIGAM	62
BOOSTRIX	64
bosentan	73
BOSULIF	25
BRAFTOVI	25
BRILINTA	56
brimonidine tartrate	67
brinzolamide	67
BRIVIACT	11
bromocriptine mesylate	31
BRUKINSA	22
budesonide	51
budesonide (inhalation)	74
bumetanide	45
buprenorphine hcl	6
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate	6
bupropion hcl	15
bupropion hcl (smoking deterrent)	5
buspirone hcl	4
butalbital-acetaminophen-caffeine	71
butalbital-acetaminophen-caffeine w/ codeine	2
BYLVAY	77
BYLVAY (PELLETS)	77

C

CABENUVA	39
cabergoline	61
CABLIVI	56
CABOMETYX	25
calcipotriene	48
calcitonin (salmon)	51
calcitriol	51,52
CALCITRIOL	51
calcium acetate (phosphate binder)	49
CALQUENCE	25
candesartan cilexetil	40
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide	43

CAPASTAT SULFATE	21
CAPLYTA	33
CAPRELSA	25,26
captopril	45
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	43
CARBAGLU	49
carbamazepine	14
carbidopa	32
carbidopa-levodopa	32
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE	32
carisoprodol	65
CARTEOLOL HCL	67
carteolol hcl (ophth)	67
carvedilol	41
caspofungin acetate	18
CAYSTON	75
cefaclor	8
cefadroxil	8
CEFAZOLIN SODIUM	8
cefdinir	8
cefepime hcl	8
cefixime	8
cefotaxime sodium	8
cefotetan disodium	8
cefoxitin sodium	8
cefpodoxime proxetil	8
cefprozil	8
ceftazidime	9
ceftriaxone sodium	9
cefuroxime axetil	9
cefuroxime sodium	9
celecoxib	3
CELONTIN	14
cephalexin	9
CERDELGA	77
CEREZYME	77
CHANTIX STARTING MONTH PAK	5
chlordiazepoxide hcl	5
chlorhexidine gluconate (mouth-throat)	40
CHLOROQUINE PHOSPHATE	30
chloroquine phosphate	31

CHLOROTHIAZIDE.....	45	clotrimazole.....	18
chlorpromazine hcl.....	32	clotrimazole (topical).....	18
chlorthalidone.....	45	clotrimazole w/ betamethasone.....	48
CHOLBAM.....	77	CLOZAPINE.....	33
cholestyramine.....	44	clozapine.....	33
cholestyramine light.....	44	COARTEM.....	31
ciclopirox.....	46	CODEINE SULFATE.....	2
ciclopirox olamine.....	18	codeine sulfate.....	2
cilostazol.....	56	COLCHICINE.....	19
CILOXAN.....	10	colchicine w/ probenecid.....	19
CIMDUO.....	38	COLCRYS.....	19
cimetidine.....	52	colesevelam hcl.....	44
CIMETIDINE HCL.....	52	colestipol hcl.....	44
cinacalcet hcl.....	52	colistimethate sodium.....	7
CINRYZE.....	62	COLY-MYCIN S.....	78
ciprofloxacin.....	10	COMBIGAN.....	68
ciprofloxacin hcl.....	10	COMBIPATCH.....	57
CIPROFLOXACIN HCL.....	78	COMBIVENT RESPIMAT.....	76
ciprofloxacin hcl (ophth).....	11	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	26
ciprofloxacin in d5w.....	10	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	26
ciprofloxacin-dexamethasone.....	78	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	26
citalopram hydrobromide.....	15	COMPLERA.....	38
CLARITHROMYCIN.....	10	COPIKTRA.....	26
clarithromycin.....	10	CORLANOR.....	43
clindamycin hcl.....	7	CORTISONE ACETATE.....	59
clindamycin palmitate hydrochloride.....	7	CORTISPORIN-TC.....	78
clindamycin phosphate.....	7	COTELLIC.....	26
clindamycin phosphate (topical).....	7,46	CREON.....	77
clindamycin phosphate in d5w.....	7	CRESEMBA.....	19
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL.....	7	CRIVAN.....	37
clindamycin phosphate vaginal.....	7	cromolyn sodium.....	75
clobazam.....	13	cromolyn sodium (mastocytosis).....	77
clobetasol propionate.....	47	cromolyn sodium (ophth).....	66
clobetasol propionate emollient base.....	47	CRYSVITA.....	49
clomipramine hcl.....	17	cyclobenzaprine hcl.....	65
clonazepam.....	5	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	21
clonidine.....	40	cyclosporine.....	63
clonidine hcl.....	40	cyclosporine modified (for microemulsion).....	63
clonidine hcl (adhd).....	72	cyproheptadine hcl.....	74
clopidogrel bisulfate.....	56	CYSTADANE.....	77
clorazepate dipotassium.....	5	CYSTAGON.....	77

CYSTARAN.....77

D

dalfampridine.....70

DALIRESP.....76

danazol.....57

dantrolene sodium.....18

dapsone.....20

DAPTACEL.....64

daptomycin.....7

DAURISMO.....26

deferasirox.....48

deferiprone.....48

DELSTRIGO.....38

DEPO-ESTRADIOL.....57

DEPO-PROVERA.....59

DERMOTIC.....78

DESCOVY.....38

desipramine hcl.....17

desmopressin acetate.....56

desmopressin acetate spray.....56

desmopressin acetate spray refrigerated...56

desogestrel & ethinyl estradiol.....57

desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic).....57

desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic).....57

desonide.....47

desoximetasone.....47

DESVENLAFAXINE ER.....16

desvenlafaxine succinate.....16

DEXAMETHASONE.....59

dexamethasone sodium phosphate.....60

DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....66

dexmethylphenidate hcl.....72

dextroamphetamine sulfate.....72

dextrose.....50

dextrose in lactated ringers.....50

dextrose w/ sodium chloride.....50

DEXTROSE-NACL.....50

DIACOMIT.....11

diazepam.....5

DIAZEPAM.....13

diazoxide.....69

diclofenac potassium.....3

diclofenac sodium.....4

diclofenac sodium (actinic keratoses).....48

diclofenac sodium (ophth).....66

diclofenac sodium (topical).....4

dicloxacillin sodium.....9

dicyclomine hcl.....53

DIDANOSINE.....39

diflunisal.....4

digoxin.....43

dihydroergotamine mesylate.....20

DILANTIN.....14

DILANTIN INFATABS.....14

diltiazem hcl.....42

diltiazem hcl coated beads.....42

diltiazem hcl extended release beads.....42

dimethyl fumarate.....70

diphenoxylate w/ atropine.....52

DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....52

DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....64

dipyridamole.....56

disopyramide phosphate.....41

disulfiram.....6

divalproex sodium.....12

dofetilide.....41

donepezil hydrochloride.....15

donepezil hydrochloride orally disintegrating

tab 10 mg.....15

donepezil hydrochloride orally disintegrating

tab 5 mg.....15

dorzolamide hcl.....67

DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MAL.....68

dorzolamide hcl-timolol maleate.....68

DOVATO.....36

doxazosin mesylate.....41

doxepin hcl.....17

doxercalciferol.....52

doxycycline (monohydrate).....11

doxycycline hyclate.....11

DRIZALMA SPRINKLE.....71

dronabinol.....	18
drospirenone-ethinyl estradiol.....	57
DROXIA.....	22
droxidopa.....	40
duloxetine hcl.....	71
DUOBRII.....	48
dutasteride.....	54

E

E.E.S. 400.....	10
econazole nitrate.....	19
EDURANT.....	38
efavirenz.....	38
efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate.....	38
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate.....	38
EGRIFTA.....	56
EGRIFTA SV.....	56
ELIQUIS.....	54
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	54
EMCYT.....	22
EMSAM.....	15
emtricitabine.....	39
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate.....	39
EMTRIVA.....	39
enalapril maleate.....	45
enalapril maleate & hydrochlorothiazide... ..	43
ENBREL.....	63
ENBREL SURECLICK.....	63
ENGERIX-B.....	64
enoxaparin sodium.....	54
entacapone.....	32
entecavir.....	35
ENTRESTO.....	43
ENVARUS XR.....	63
EPCLUSA.....	36
EPIDIOLEX.....	12
epinephrine (anaphylaxis).....	75
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENAClick)	75

EPIVIR HBV.....	35
eplerenone.....	45
EPROSARTAN MESYLATE.....	40
ERGOLOID MESYLATES.....	15
ERIVEDGE.....	26
ERLEADA.....	21
erlotinib hcl.....	26
ertapenem sodium.....	10
ERY.....	47
ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	10
erythromycin (acne aid).....	47
erythromycin (ophth).....	66
erythromycin base.....	10
ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE.....	10
ESBRIET.....	75
escitalopram oxalate.....	16
ESSENTRA WIPES 9X9".....	73
estazolam.....	78
estradiol.....	57,58
estradiol & norethindrone acetate.....	57
estradiol vaginal.....	58
ESTRING.....	58
ethambutol hcl.....	21
ethosuximide.....	14
ethynodiol diacet & eth estrad.....	58
ETIDRONATE DISODIUM.....	52
etodolac.....	4
etonogestrel-ethinyl estradiol.....	58
etravirine.....	38
everolimus.....	26
everolimus (immunosuppressant).....	63
EVOTAZ.....	37
exemestane.....	25
EXKIVITY.....	23
EXTAVIA.....	70
ezetimibe.....	44
ezetimibe-simvastatin.....	44

F

FABRAZYME.....	77
famciclovir.....	36

famotidine.....	52	flurbiprofen sodium.....	66
FANAPT.....	33	FLUTAMIDE.....	22
FANAPT TITRATION PACK.....	33	fluticasone propionate.....	47
FARYDAK.....	26	fluticasone propionate (nasal).....	74
felbamate.....	12	FLUTICASONE-SALMETEROL.....	76
felodipine.....	42	fluticasone-salmeterol.....	76
fenofibrate.....	44	fluvastatin sodium.....	44
fenofibrate micronized.....	44	fluvoxamine maleate.....	16
fentanyl.....	3	fondaparinux sodium.....	54,55
FENTANYL CITRATE.....	2	fosamprenavir calcium.....	37
FERRIPROX.....	49	fosfomycin tromethamine.....	7
FERRIPROX TWICE-A-DAY.....	49	fosinopril sodium.....	45
FETZIMA.....	16	fosinopril sodium & hydrochlorothiazide....	43
FETZIMA TITRATION.....	16	FOTIVDA.....	23
finasteride.....	54	FREAMINE III.....	49
FINTEPLA.....	12	fulvestrant.....	22
FIRDAPSE.....	71	furosemide.....	45
FIRMAGON.....	61	FUZEON.....	39
FIRMAGON (240 MG DOSE).....	61	FYCOMPA.....	12
FLEBOGAMMA DIF.....	62		
flecainide acetate.....	41	G	
FLOVENT DISKUS.....	74	gabapentin.....	13
FLOVENT HFA.....	74	GAMMAGARD.....	62
fluconazole.....	19	GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	62
fluconazole in dextrose.....	19	GAMMAKED.....	62
fluconazole in nacl.....	19	GAMMAPLEX.....	62
flucytosine.....	19	GAMUNEX-C.....	62
fludrocortisone acetate.....	60	GARDASIL 9.....	64
FLUNISOLIDE.....	74	GATTEX.....	53
fluocinolone acetonide.....	47	GAVILYTE-C.....	53
fluocinonide.....	47	GAVRETO.....	25
fluocinonide emulsified base.....	47	gemfibrozil.....	44
fluorometholone (ophth).....	66	GENTAK.....	66
FLUOROURACIL.....	48	gentamicin sulfate.....	6
fluorouracil (topical).....	48	gentamicin sulfate (ophth).....	66
fluoxetine hcl.....	16	gentamicin sulfate (topical).....	6
FLUOXETINE HCL.....	16	GENVOYA.....	36
FLUOXETINE HCL (PMDD).....	16	GILENYA.....	71
fluphenazine decanoate.....	32	GILOTTRIF.....	26
fluphenazine hcl.....	32	glatiramer acetate.....	71
flurbiprofen.....	4	GLEOSTINE.....	21

glimepiride	68
glipizide	68
glipizide-metformin hcl	68
GLUCAGEN HYPOKIT	69
glucagon (rdna)	69
GLUCAGON EMERGENCY	70
glyburide	68
glyburide micronized	68
glyburide-metformin	68
glycopyrrolate	53
GLYXAMBI	68
granisetron hcl	18
griseofulvin microsize	19
griseofulvin ultramicrosize	19
guanfacine hcl	40
guanfacine hcl (adhd)	72
GUANIDINE HCL	20

H

HAEGARDA	62
halobetasol propionate	47
haloperidol	32
haloperidol decanoate	32
haloperidol lactate	32
HARVONI	36
HAVRIX	64
HEMADY	60
heparin sodium (porcine)	55
HEPATAMINE	49
HETLIOZ	78
HIBERIX	64
HIZENTRA	62
HUMALOG	70
HUMALOG KWIKPEN	70
HUMALOG MIX 50/50	70
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	70
HUMALOG MIX 75/25	70
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	70
HUMIRA	63
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START	63
HUMIRA PEN	63

HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	63
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START	63
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START	63
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER	63
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	70
hydralazine hcl	46
hydrochlorothiazide	45
hydrocodone-acetaminophen	2
hydrocortisone	51
hydrocortisone (intrarectal)	51
hydrocortisone (rectal)	47
hydrocortisone (topical)	47
HYDROCORTISONE BUTYRATE	47
hydrocortisone butyrate	60
hydrocortisone valerate	47,60
hydrocortisone w/acetic acid	78
hydromorphone hcl	2
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE	31
hydroxychloroquine sulfate	31
HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE	59
hydroxyurea	22
hydroxyzine hcl	74

I

ibandronate sodium	52
IBRANCE	26
ibuprofen	4
icatibant acetate	62
ICLUSIG	26
icosapent ethyl	44
IDHIFA	23
ILARIS	63
ILEVRO	66
imatinib mesylate	26
IMBRUVICA	27
imipenem-cilastatin	10
imipramine hcl	17
imiquimod	48
IMOVAX RABIES	65
INCRELEX	57
INCRUSE ELLIPTA	74

indapamide.....	45
indomethacin.....	4
INFANRIX.....	65
INLYTA.....	27
INQOVI.....	22
INREBIC.....	23
INSULIN PEN NEEDLES.....	73
INSULIN SYRINGE 0.3 ML.....	73
INSULIN SYRINGE 0.5 ML.....	73
INSULIN SYRINGE 1 ML.....	73
INTELENCE.....	38
INTRALIPID.....	49
INTRON A.....	62
INVEGA HAFYERA.....	33
INVEGA SUSTENNA.....	33,34
INVEGA TRINZA.....	34
INVIRASE.....	37
INVOKAMET.....	68
INVOKAMET XR.....	68
INVOKANA.....	68
IPOL.....	65
ipratropium bromide.....	74
ipratropium bromide (nasal).....	74
ipratropium-albuterol.....	76
irbesartan.....	40
irbesartan-hydrochlorothiazide.....	43
IRESSA.....	27
ISENTRESS.....	36
ISENTRESS HD.....	36
ISONIAZID.....	21
isosorbide dinitrate.....	46
ISOSORBIDE DINITRATE ER.....	46
isosorbide mononitrate.....	46
isotretinoin.....	46
itraconazole.....	19
ivermectin.....	30
IXIARO.....	65

J

JAKAFI.....	27
JANUMET.....	69

JANUMET XR.....	69
JANUVIA.....	69
JARDIANCE.....	69
JENTADUETO.....	69
JENTADUETO XR.....	69
JULUCA.....	36
JUXTAPID.....	44

K

KALYDECO.....	75
KCL IN DEXTROSE-NACL.....	49
KCL-LACTATED RINGERS-D5W.....	50
KEPIVANCE.....	40
ketoconazole.....	19
ketoconazole (topical).....	19
ketoprofen.....	4
ketorolac tromethamine (ophth).....	66
KINRIX.....	65
KISQALI (200 MG DOSE).....	27
KISQALI (400 MG DOSE).....	27
KISQALI (600 MG DOSE).....	27
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	23
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	23
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE).....	23
KORLYM.....	60
KOSELUGO.....	23
KRINTAFEL.....	31
KRYSTEXXA.....	19

L

labetalol hcl.....	41
lactated ringer's.....	50
lactated ringer's (irrigation).....	50
LACTATED RINGERS.....	51
lactic acid (ammonium lactate).....	47
lactulose.....	53
lactulose (encephalopathy).....	53
lamivudine.....	39
lamivudine (hbv).....	35
lamivudine-zidovudine.....	39
lamotrigine.....	12

lansoprazole.....	53	linezolid.....	7
LANTUS.....	70	LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	7
LANTUS SOLOSTAR.....	70	LINZESS.....	53
lapatinib ditosylate.....	27	liothyronine sodium.....	60
latanoprost.....	67	lisinopril.....	45
LATUDA.....	34	lisinopril & hydrochlorothiazide.....	43
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR.....	36	LITHIUM.....	40
leflunomide.....	63	lithium carbonate.....	40
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	27	LONSURF.....	23
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	27	loperamide hcl.....	53
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	27	lopinavir-ritonavir.....	37
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	27	lorazepam.....	5
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	27	LORBRENA.....	27
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	27	losartan potassium.....	40
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	27	losartan potassium & hydrochlorothiazide..	43
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	27	loteprednol etabonate.....	66
letrozole.....	25	lovastatin.....	44
leucovorin calcium.....	23	loxapine succinate.....	32
LEUKERAN.....	21	LUMAKRAS.....	23
LEUKINE.....	55	LUMIGAN.....	67
leuprolide acetate.....	61	LUMIZYME.....	77
levalbuterol hcl.....	75	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	61
LEVALBUTEROL TARTRATE.....	75	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	61
levetiracetam.....	12	LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	61
levobunolol hcl.....	67	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	61
levocarnitine (metabolic modifiers).....	51	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	61
levocetirizine dihydrochloride.....	74	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	61
levofloxacin.....	11	LYBALVI.....	15
levofloxacin (ophth).....	66	LYNPARZA.....	27
levofloxacin in d5w.....	11	LYSODREN.....	23
levoleucovorin calcium.....	23		
levonorgestrel & eth estradiol.....	58	M	
levonorgestrel-eth estradiol (triphasic).....	58	M-M-R II.....	65
levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day).....	58	malathion.....	48
levothyroxine sodium.....	60	MAPROTILINE HCL.....	15
LEXIVA.....	37	MARPLAN.....	15
lidocaine.....	4	MATULANE.....	21
lidocaine hcl.....	4	MAVYRET.....	36
lidocaine hcl (mouth-throat).....	4	meclizine hcl.....	17
lidocaine-prilocaine.....	4	medroxyprogesterone acetate.....	59
LINDANE.....	48		

medroxyprogesterone acetate (contraceptive).....	59	metronidazole.....	7
mefloquine hcl.....	31	METRONIDAZOLE.....	7
megestrol acetate.....	59	metronidazole (topical).....	7
megestrol acetate (appetite).....	59	metronidazole in nacl.....	7
MEKINIST.....	28	metronidazole vaginal.....	7
MEKTOVI.....	28	metyrosine.....	43
meloxicam.....	4	mexiletine hcl.....	41
memantine hcl.....	14	micafungin sodium.....	19
MENACTRA.....	65	MICONAZOLE 3.....	19
MENEST.....	58	midodrine hcl.....	40
MENQUADFI.....	65	MIGERGOT.....	20
MENVEO.....	65	miglitol.....	69
meprobamate.....	4	miglustat.....	77
mercaptopurine.....	22	minocycline hcl.....	11
meropenem.....	10	minoxidil.....	46
mesalamine.....	51	mirtazapine.....	15
mesna.....	24	misoprostol.....	53
MESNEX.....	24	modafinil.....	78
metformin hcl.....	69	moexipril hcl.....	45
methadone hcl.....	3	MOLINDONE HCL.....	32
METHADONE HCL.....	3	mometasone furoate.....	48,60
methazolamide.....	67	montelukast sodium.....	74
methenamine hippurate.....	7	morphine sulfate.....	2,3
methimazole.....	61	MOVANTIK.....	53
methocarbamol.....	65	moxifloxacin hcl.....	11
METHOTREXATE SODIUM.....	64	moxifloxacin hcl (ophth).....	66
methotrexate sodium.....	64	MOZOBIL.....	55
methyldopa.....	40	MULTAQ.....	41
methylergonovine maleate.....	73	mupirocin.....	47
methylphenidate hcl.....	72	MYALEPT.....	53
methylprednisolone.....	60	mycophenolate mofetil.....	64
methylprednisolone acetate.....	60	mycophenolate mofetil hcl.....	64
methylprednisolone sod succ.....	60	mycophenolate sodium.....	64
METIPRANOLOL.....	67	MYRBETRIQ.....	54
metoclopramide hcl.....	17		
metolazone.....	45	N	
metoprolol & hydrochlorothiazide.....	43	nabumetone.....	4
metoprolol succinate.....	41	nadolol.....	41
metoprolol tartrate.....	41	NAFCILLIN SODIUM.....	9
METOPROLOL-HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	43	nafcillin sodium.....	9
		NAGLAZYME.....	77

naloxone hcl.....	6	NITROSTAT.....	46
NALOXONE HCL.....	6	NITYR.....	77
naltrexone hcl.....	6	NIZATIDINE.....	52
naproxen.....	4	NORDITROPIN FLEXPEN.....	57
naratriptan hcl.....	20	norethin acet & estrad-fe.....	58
NARCAN.....	6	norethindrone & eth estradiol.....	58
NATACYN.....	66	norethindrone & ethinyl estradiol-fe.....	58
nateglinide.....	69	norethindrone (contraceptive).....	59
NATPARA.....	52	norethindrone acet & eth estra.....	58
NAYZILAM.....	4	norethindrone acetate.....	59
nebivolol hcl.....	41	norethindrone acetate-ethinyl estradiol.....	58
NEFAZODONE HCL.....	16	norethindrone-eth estradiol (triphasic).....	58
neomycin sulfate.....	6	norgestimate-ethinyl estradiol.....	58
neomycin-bacitracin zn-polymyxin.....	68	norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic).....	58
neomycin-polymy-dexameth.....	68	norgestrel & ethinyl estradiol.....	58
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....	68	NORMOSOL-M IN D5W.....	49
neomycin-polymyxin-hc (otic).....	78	nortriptyline hcl.....	17
NEONATAL PLUS.....	51	nortriptyline oral solution (unit dose).....	17
NERLYNX.....	28	NORVIR.....	37
NEULASTA.....	55	NOVOLOG.....	70
NEULASTA ONPRO.....	55	NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION.....	70
NEVIRAPINE.....	38	NOVOLOG FLEXPEN.....	70
nevirapine.....	38	NOVOLOG FLEXPEN RELION.....	70
NEVIRAPINE ER.....	38	NOVOLOG MIX 70/30.....	70
NEXAVAR.....	28	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN.....	70
niacin (antihyperlipidemic).....	44	NOVOLOG MIX 70/30 RELION.....	70
NIACIN (ANTHYPERLIPIDEMIC).....	44	NOVOLOG PENFILL.....	70
NIACOR.....	44	NOVOLOG RELION.....	70
nicardipine hcl.....	42	NUBEQA.....	22
NICOTROL.....	5	NUCALA.....	76
NICOTROL NS.....	5	NUPLAZID.....	34
nifedipine.....	42	NUTRILIPID.....	49
nilutamide.....	22	NYMALIZE.....	42
nimodipine.....	42	nystatin.....	19
NINLARO.....	23	nystatin (mouth-throat).....	19
nitazoxanide.....	31	nystatin (topical).....	19
nitisinone.....	77	nystatin-triamcinolone.....	48
NITRO-BID.....	46		
nitrofurantoin macrocrystal.....	7	O	
nitrofurantoin monohyd macro.....	7	octreotide acetate.....	61
nitroglycerin.....	46	OCTREOTIDE ACETATE.....	61

ODEFSEY.....	38	PAXIL.....	16
ODOMZO.....	28	PEDIARIX.....	65
OFEV.....	75	PEDVAX HIB.....	65
OFLOXACIN.....	11	peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod	
ofloxacin (ophth).....	66	sulfate.....	53
ofloxacin (otic).....	78	peg 3350-potassium chloride-sod	
olanzapine.....	34	bicarbonate-sod chloride.....	53
olmesartan medoxomil.....	41	PEGANONE.....	14
olmesartan medoxomil-amlodipine-		PEGASYS.....	62
hydrochlorothiazide.....	43	PEGASYS PROCLICK.....	62
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide	43	PEGINTRON.....	36
olopatadine hcl.....	66	PEMAZYRE.....	28
omega-3-acid ethyl esters.....	44	penicillamine.....	54
omeprazole.....	53	penicillin g potassium.....	9
ondansetron.....	18	PENICILLIN G SODIUM.....	9
ondansetron hcl.....	18	penicillin v potassium.....	10
ONUREG.....	23	pentamidine isethionate.....	31
OPSUMIT.....	73	pentoxifylline.....	43
ORBACTIV.....	8	perindopril erbumine.....	45
ORGOVYX.....	61	permethrin.....	48
oseltamivir phosphate.....	35	perphenazine.....	17
OSPHERA.....	59	PERSERIS.....	34
oxandrolone.....	57	PFIZERPEN.....	10
OXBRYTA.....	56	phenelzine sulfate.....	15
oxcarbazepine.....	14	phenobarbital.....	13
oxybutynin chloride.....	54	PHENYTEK.....	14
oxycodone hcl.....	2,3	phenytoin.....	14
OXYCODONE HCL ER.....	3	phenytoin sodium extended.....	14
oxycodone w/ acetaminophen.....	3	PHOSPHOLINE IODIDE.....	67
OXYCONTIN.....	3	PIFELTRO.....	38
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	69	pilocarpine hcl.....	67
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	69	pilocarpine hcl (oral).....	40
P		PIMOZIDE.....	32
paliperidone.....	34	pindolol.....	42
PANRETIN.....	30	pioglitazone hcl.....	69
pantoprazole sodium.....	53	piperacillin sodium-tazobactam sodium....	10
paricalcitol.....	52	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	28
paromomycin sulfate.....	7	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	28
paroxetine hcl.....	16	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	28
PASER.....	21	piroxicam.....	4
		PLEGRIDY.....	71

PLEGRIDY STARTER PACK.....	71	PROCYSBI.....	77
podofilox.....	48	progesterone.....	59
polymyxin b-trimethoprim.....	66	PROGRAF.....	64
POMALYST.....	22	PROLASTIN-C.....	77
posaconazole.....	19	PROLENSA.....	67
potassium chloride.....	50	PROLIA.....	52
POTASSIUM CHLORIDE.....	50	PROMACTA.....	55,56
POTASSIUM CHLORIDE ER.....	50	promethazine hcl.....	17,74
potassium chloride in dextrose.....	51	propafenone hcl.....	41
potassium chloride in dextrose & sodium chloride.....	50	propranolol hcl.....	42
potassium chloride in nacl.....	50	PROPRANOLOL-HCTZ.....	43
potassium chloride microencapsulated crystals er.....	50	propylthiouracil.....	61
potassium citrate (alkalinizer).....	50	PROQUAD.....	65
PRADAXA.....	55	protriptyline hcl.....	17
pramipexole dihydrochloride.....	31	PULMICORT FLEXHALER.....	74
pravastatin sodium.....	44	PULMOZYME.....	75
praziquantel.....	30	PURIXAN.....	22
prazosin hcl.....	41	pyrazinamide.....	21
prednisolone.....	60	pyridostigmine bromide.....	20
PREDNISOLONE ACETATE.....	66	pyrimethamine.....	31
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	60,67	Q	
prednisone.....	60	QINLOCK.....	23
PREDNISONE INTENSOL.....	60	QUADRACEL.....	65
pregabalin.....	71	quetiapine fumarate.....	34
PREMARIN.....	58,59	quinapril hcl.....	46
PREMASOL.....	50	quinapril-hydrochlorothiazide.....	43
PREMPHASE.....	59	quinidine gluconate.....	41
PREMPRO.....	59	QUINIDINE SULFATE.....	41
prenatal vitamins.....	51	quinine sulfate.....	31
PREZCOBIX.....	37	QVAR REDHALER.....	74
PREZISTA.....	37	R	
PRIFTIN.....	21	RABAVERT.....	65
primaquine phosphate.....	31	rabeprazole sodium.....	53
primidone.....	13	raloxifene hcl.....	59
PRIVIGEN.....	62	ramelteon.....	78
probenecid.....	19	ramipril.....	46
prochlorperazine.....	17	ranolazine.....	43
prochlorperazine edisylate.....	17	rasagiline mesylate.....	32
prochlorperazine maleate.....	17	RAVICTI.....	77

REBIF.....	71	ROTATEQ.....	65
REBIF REBIDOSE.....	71	ROZLYTREK.....	23,24
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK.....	71	RUBRACA.....	28
REBIF TITRATION PACK.....	71	RUCONEST.....	62
RECOMBIVAX HB.....	65	rufinamide.....	14
RECTIV.....	46	RUKOBIA.....	39
REGRANEX.....	48	RUZURGI.....	73
RELENZA DISKHALER.....	35	RYBELSUS.....	69
RELISTOR.....	53	RYDAPT.....	28
repaglinide.....	69		
REPATHA.....	45	S	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	45	SANDIMMUNE.....	64
REPATHA SURECLICK.....	45	SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	61
RESCRIPTOR.....	38	SANTYL.....	48
RESTASIS.....	68	sapropterin dihydrochloride.....	77
RESTASIS MULTIDOSE.....	68	SAVELLA.....	71
RETACRIT.....	56	SAVELLA TITRATION PACK.....	71
RETEVMO.....	23	scopolamine.....	17
REVLIMID.....	22	SECUADO.....	34
REXULTI.....	34	selegiline hcl.....	32
REYATAZ.....	37	selenium sulfide.....	48
REZUROCK.....	64	SELZENTRY.....	39,40
ribavirin.....	76	SEREVENT DISKUS.....	75
ribavirin (hepatitis c).....	36	SEROSTIM.....	57
rifabutin.....	21	sertraline hcl.....	16
rifampin.....	21	sevelamer carbonate.....	49
RIFATER.....	21	SHINGRIX.....	65
riluzole.....	71	SIGNIFOR.....	61
RIMANTADINE HCL.....	35	sildenafil citrate (pulmonary hypertension) ..	73
ringer's.....	51	silver sulfadiazine.....	48
ringer's irrigation.....	51	simvastatin.....	44
risedronate sodium.....	52	sirolimus.....	64
RISPERDAL CONSTA.....	34	SIRTURO.....	21
risperidone.....	34	SMOFLIPID.....	51
ritonavir.....	37	sodium chloride.....	50
rivastigmine.....	15	sodium fluoride.....	50
rivastigmine tartrate.....	15	sodium phenylbutyrate.....	77
rizatriptan benzoate.....	20	sodium polystyrene sulfonate.....	49
ropinirole hydrochloride.....	31	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR.....	36
rosuvastatin calcium.....	44	solifenacin succinate.....	54
ROTARIX.....	65	SOLTAMOX.....	22

SOMATULINE DEPOT.....	61
SOMAVERT.....	61
sotalol hcl.....	41
sotalol hcl (afib/afI).....	41
SPIRIVA HANDIHALER.....	74
SPIRIVA RESPIMAT.....	74
spironolactone.....	45
spironolactone & hydrochlorothiazide.....	43
SPRITAM.....	12
SPRYCEL.....	28
SPS.....	49
STAVUDINE.....	39
STELARA.....	63
STIVARGA.....	28
STRENSIQ.....	77
STREPTOMYCIN SULFATE.....	7
STRIBILD.....	36
STRIVERDI RESPIMAT.....	75
sucralfate.....	53
sulfacetamide sod-prednisolone.....	68
SULFACETAMIDE SODIUM.....	66
sulfacetamide sodium (acne).....	11
sulfacetamide sodium (ophth).....	66
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	68
SULFADIAZINE.....	11
sulfamethoxazole-trimethoprim.....	11
SULFAMYLON.....	47
sulfasalazine.....	51
sulindac.....	4
sumatriptan.....	20
SUMATRIPTAN SUCCINATE.....	20
sumatriptan succinate.....	20
sunitinib malate.....	28
SUPREP BOWEL PREP KIT.....	53
SYLATRON.....	62
SYMDEKO.....	76
SYMLINPEN 120.....	69
SYMLINPEN 60.....	69
SYMPAZAN.....	13
SYMTUZA.....	37
SYNAREL.....	61

SYNERCID.....	8
SYNJARDY.....	69
SYNJARDY XR.....	69
SYNRIBO.....	24
SYNTHAMIN 17.....	50
SYNTHROID.....	60

T

TABLOID.....	22
TABRECTA.....	24
tacrolimus.....	64
tacrolimus (topical).....	48
tadalafil (pulmonary hypertension).....	73
TAFINLAR.....	28
TAGRISSO.....	29
TALTZ.....	63
TALZENNA.....	29
tamoxifen citrate.....	22
tamsulosin hcl.....	54
TARGRETIN.....	30
TASIGNA.....	29
TAVALISSE.....	56
tazarotene.....	46
TAZICEF.....	9
TAZORAC.....	46
TAZVERIK.....	24
TDVAX.....	65
TEFLARO.....	9
TEKTURNA HCT.....	43
telmisartan.....	41
telmisartan-hydrochlorothiazide.....	43
temazepam.....	78
TEMIXYS.....	39
TENIVAC.....	65
tenofovir disoproxil fumarate.....	39
TEPMETKO.....	29
terazosin hcl.....	41
terbinafine hcl.....	19
terbutaline sulfate.....	75
terconazole vaginal.....	19
TESTOSTERONE.....	57

TESTOSTERONE CYPIONATE.....	57	travoprost.....	67
testosterone enanthate.....	57	trazodone hcl.....	16
tetrabenazine.....	71	TRECATOR.....	21
tetracycline hcl.....	11	TRELEGY ELLIPTA.....	76
THALOMID.....	22	tretinoin.....	46
theophylline.....	76	tretinoin (chemotherapy).....	30
THEOPHYLLINE ER.....	76	triamcinolone acetonide (mouth).....	40
THIOLA EC.....	54	triamcinolone acetonide (topical).....	48
thioridazine hcl.....	32	triamterene & hydrochlorothiazide.....	43
thiothixene.....	32	triazolam.....	78
tiagabine hcl.....	13	trientine hcl.....	49
TIBSOVO.....	29	trifluoperazine hcl.....	33
TICOVAC.....	65	trifluridine.....	36
tigecycline.....	8	trihexyphenidyl hcl.....	31
timolol maleate.....	20	TRIKAFTA.....	76
TIMOLOL MALEATE.....	67	TRIMETHOPRIM.....	8
timolol maleate (ophth).....	67	trimipramine maleate.....	17
TIVICAY.....	37	TRINTELLIX.....	16
TIVICAY PD.....	37	TRIUMEQ.....	39
tizanidine hcl.....	18	TROPHAMINE.....	50
TOBI PODHALER.....	76	tropium chloride.....	54
tobramycin.....	76	TRULICITY.....	69
tobramycin (ophth).....	66	TRUMENBA.....	65
tobramycin sulfate.....	7	TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE).....	29
tobramycin-dexamethasone.....	68	TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE).....	29
TOLAK.....	48	TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE).....	29
tolterodine tartrate.....	54	TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE).....	29
topiramate.....	12	TUKYSA.....	29
toremifene citrate.....	22	TURALIO.....	29
torsemide.....	45	TWINRIX.....	65
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	70	TYBOST.....	40
TOUJEO SOLOSTAR.....	70	TYMLOS.....	52
TPN ELECTROLYTES.....	51	TYPHIM VI.....	65
TRACLEER.....	73	TYSABRI.....	71
TRADJENTA.....	69		
tramadol hcl.....	3	U	
tramadol-acetaminophen.....	3	UKONIQ.....	29
trandolapril.....	46	ursodiol.....	53
tranexamic acid.....	56		
tranylcypromine sulfate.....	15	V	
TRAVASOL.....	50	valacyclovir hcl.....	36

VALCHLOR.....	21
valganciclovir hcl.....	35
valproate sodium.....	12
valproic acid.....	12
valsartan.....	41
valsartan-hydrochlorothiazide.....	43
VALTOCO 10 MG DOSE.....	13
VALTOCO 15 MG DOSE.....	13
VALTOCO 20 MG DOSE.....	13
VALTOCO 5 MG DOSE.....	13
VANCOMYCIN HCL.....	8
VAQTA.....	65
VARENICLINE TARTRATE.....	5
VARIVAX.....	65
VARIZIG.....	62
VASCEPA.....	45
VELTASSA.....	49
VEMLIDY.....	35
VENCLEXTA.....	29
VENCLEXTA STARTING PACK.....	29
venlafaxine hcl.....	16,17
VENTAVIS.....	73
verapamil hcl.....	42
VERAPAMIL HCL ER.....	42
VERSACLOZ.....	33
VERZENIO.....	29
VICTOZA.....	69
VIDEX.....	39
VIDEX EC.....	39
vigabatrin.....	13
VIIBRYD.....	17
VIIBRYD STARTER PACK.....	17
VIMPAT.....	14
VIRACEPT.....	37
VIREAD.....	39
VITRAKVI.....	29
VIZIMPRO.....	30
voriconazole.....	19
VOSEVI.....	36
VOTRIENT.....	30
VRAYLAR.....	35

VYNDAMAX.....	43
VYNDAQEL.....	77

W

warfarin sodium.....	55
water for irrigation, sterile.....	73
WELIREG.....	24

X

XALKORI.....	30
XARELTO.....	55
XARELTO STARTER PACK.....	55
XATMEP.....	64
XCOPRI.....	12,13
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	12
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	12
XELJANZ.....	63
XELJANZ XR.....	64
XGEVA.....	52
XIFAXAN.....	8
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	35
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	35
XOLAIR.....	63
XOSPATA.....	30
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	24
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	24
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	24
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	24
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	24
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	24
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	24
XTANDI.....	22
XYREM.....	78

Y

YF-VAX.....	65
-------------	----

Z

zafirlukast.....	74
zaleplon.....	78
ZARXIO.....	56

ZEJULA.....	30
ZELBORAF.....	30
ZENPEP.....	78
ZERIT.....	39
zidovudine.....	39
ziprasidone hcl.....	35
ziprasidone mesylate.....	35
ZIRGAN.....	35
zoledronic acid.....	52
ZOLINZA.....	24
zolmitriptan.....	20
zolpidem tartrate.....	78
zonisamide.....	14
ZONTIVITY.....	55
ZORTRESS.....	64
ZOSTAVAX.....	65
ZUBSOLV.....	6
ZYDELIG.....	30
ZYKADIA.....	30
ZYPREXA RELPREVV.....	35

La Discriminación es Contra la Ley

Blue Shield of California cumple con las leyes de derechos civiles federales y las leyes estatales aplicables y no discrimina a las personas por su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California da:

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

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California.

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

Blue Shield of California
Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007
Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)
Fax: (844) 696-6070
Correo electrónico: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

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

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

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

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

Y0118_20_525A_SP_C 07312020

Multi-Language Insert

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Y0118_20_525B_C 07312020

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

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

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

ພາສາລາວ (Lao): ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-776-4466 (TTY: 711).

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

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye farmacias preferidas de bajo costo muy limitado en el condado de Merced, en el estado de California. Es posible que los bajos costos publicados en los anuncios 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 bajo costo en su área, llame al (800) 776-4466 [TTY: 711]. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., los sábados y domingos), desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. También puede consultar el directorio de farmacias en Internet, en blueshieldca.com/medpharmacy2021.

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

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