2026

Guía de Medicamentos Recetados

Formulario Humana PathWays Dual Care

Lista de medicamentos cubiertos (*Lista de Medicamentos* o Formulario)

TENGA EN CUENTA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN

Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP)

Formulario 26411 versión 18

Esta *lista de medicamentos* fue actualizada el 11/02/2026.. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contácte nos al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 A.M. a 8:00 P.M., hora local, los siete días de la semana o visite **es-www.humana.com/Medicaid/indiana/dsnp/pharmacy**.

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 A.M. a 8 P.M., hora local, los siete días de la semana o visite **es-www.humana.com/Medicaid/indiana/dsnp/pharmacy**. Este formulario se actualizó el 11/02/2026.

Introducción

Este documento se llama *Guía de Medicamentos Cubiertos* (también conocida como *Guía de Medicamentos*). Le indica qué medicamentos, medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) y productos que no son medicamentos están cubiertos por Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP). *La Guía de Medicamentos* también le indica si existen reglas o restricciones especiales sobre algún medicamento cubierto por Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP). Los términos claves y sus definiciones aparecen en el último capítulo de la *Evidencia de Cobertura*.

Índice:

A Descargos de responsabilidad 4
B Preguntas Frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés) 5
B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la *Guía de Medicamentos Cubiertos*? (A la *Guía de Medicamentos Cubiertos* la llamamos "*Guía de Medicamentos*" para abreviar.) 5
B2. ¿La Guía de Medicamentos cambia alguna vez? 5
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la *Guía de Medicamentos*? 6
B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o medidas que deba tomar para obtener determinados medicamentos? 7
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene limitaciones o si existe alguna medida que deba tomar para obtener el medicamento? 7
B6. ¿Qué sucede si Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) cambia sus reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia por fases)? 8
B7. ¿Cómo puedo buscar un medicamento en la *Guía de Medicamentos*? 8
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la *Guía de Medicamentos*? 8
B9. ¿Qué sucede si soy un afiliado nuevo de Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) y no encuentro mi medicamento en la *Guía de Medicamentos* o tengo un problema para obtenerlo? 8
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento? 11
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción? 11
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción? 12
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos? 12
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares? 13
B15. ¿Qué son los medicamentos OTC? 13
B16. ¿Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) cubre productos OTC que no sean medicamentos? 13
B17. ¿Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) cubre suministros de medicamentos recetados a largo plazo? 14
B18. ¿Cuál es mi copago? 14
C Descripción general de la *Guía de Medicamentos Cubiertos* 15
C1. Guía de Medicamentos por Tipo de Medicamento 15
D Índice de Medicamentos Cubiertos 132

A. Descargos de responsabilidad

Esta es una lista de los medicamentos que los afiliados pueden obtener en *Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP)*.

- Siempre puede consultar la Guía de Medicamentos Cubiertos actualizada de Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) en línea en **es-humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy** o llamándonos al número que figura al pie de página de este documento. Esta llamada es gratuita.
- Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llámenos al número que figura al pie de página de este documento. Esta llamada es gratuita.
- Se encuentran disponibles servicios gratuitos de idioma, ayuda auxiliar y formatos alternativos. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**. Este Aviso de Disponibilidad está disponible en otros idiomas, a continuación de la **Sección D** de este documento y en **es-www.humana.com/legal/multi-language-support**.
- Este documento se encuentra disponible en inglés y español de manera gratuita.
- Para recibir este documento en otro idioma o en un formato alternativo, o para cambiar un pedido permanente, comuníquese con nosotros al número indicado al pie de este documento. Mantendremos sus preferencias para futuras comunicaciones y envío de correos, para que no tenga que hacer un pedido por separado cada vez.
- Contamos con servicios de intérpretes gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para utilizar los servicios de un intérprete, simplemente llámenos al 1-866-274-5888 (TTY: 711). Alguien que hable español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

B. Preguntas Frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés)

Encuentre aquí las respuestas a las preguntas que tenga sobre esta *Guía de Medicamentos Cubiertos (Guía de medicamentos)*. Puede leer todas las FAQ para informarse más, o buscar una pregunta y respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la *Guía de Medicamentos Cubiertos*? (A la *Guía de Medicamentos Cubiertos* la llamamos *Guía de Medicamentos* para abreviar.)

Los medicamentos en la *Guía de medicamentos* que comienza en la **Sección C1** son los medicamentos cubiertos por Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP). Los medicamentos están disponibles en las farmacias de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un acuerdo con ella para trabajar juntos y proveerle servicios a usted. Nos referimos a estas farmacias como "farmacias de la red".

- Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) cubrirá todos los medicamentos necesarios por razones médicas de la *Guía de Medicamentos* si:
  - su médico u otro profesional que receta dicen que usted los necesita para ponerse mejor o mantenerse sano,
  - Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) acepta que el medicamento es necesario por razones médicas para usted, **y**
  - usted surte el medicamento recetado en una farmacia de la red de Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP).
- En algunos casos, usted debe hacer algo antes de poder obtener un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en **es-humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy** o llámenos al número que figura al pie de página de este documento.

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

Sí, y Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) debe seguir las reglas de Medicare y PathWays al realizar cambios. Es posible que añadamos o eliminemos medicamentos de la *Guía de Medicamentos* durante el año.

También podemos cambiar nuestras reglas para los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Determinar si exigir o no exigir autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es un permiso de Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) antes de que pueda obtener un medicamento.)
- Añadir o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se llama límites de cantidad).
- Añadir o cambiar restricciones de terapia por fases para un medicamento. (Terapia por fases significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro.)

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto a **principio** de año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más económico con la misma eficacia que un medicamento que ahora se encuentra en la Guía de Medicamentos,
- descubramos que un medicamento no es seguro, **o**
- se retire un medicamento del mercado.

En las preguntas B3 y B6 a continuación, encontrará más información sobre lo que sucede cuando cambia la *Guía de Medicamentos*.

- Siempre puede consultar la *Guía de Medicamentos* actualizada de Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) en línea en **es-humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy**. Las actualizaciones de la *Guía de Medicamentos* se publican mensualmente en el sitio web.
- También puede llamar a Servicios para afiliados al número que figura al pie de página de este documento para consultar la *Guía de Medicamentos* actual.

B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la Guía de Medicamentos?

Algunos cambios en la *Guía de Medicamentos* se realizarán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Sustituciones de determinadas versiones nuevas de medicamentos.** Es posible que eliminemos inmediatamente los medicamentos de la *Guía de Medicamentos* si los reemplazamos con determinadas versiones nuevas de ese medicamento, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo el mismo con las mismas o menos restricciones. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
  - Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hayamos realizado una vez que esto ocurra.
  - Podemos realizar estos cambios solo si el medicamento que estamos añadiendo:
    - es una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o
    - es una determinada nueva versión biosimilar de productos biológicos originales en la *Guía de Medicamentos* (por ejemplo, añadir un biosimilar intercambiable que pueda sustituirse por un producto biológico original sin una nueva receta).
  - Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la Sección B14.
  - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para hacerlo. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado.** A veces, un medicamento puede resultar inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos eliminarlo inmediatamente de la *Guía de Medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. Comuníquese con su profesional que receta para obtener un medicamento alternativo para tratar su afección médica.

Es posible que realicemos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos con anticipación sobre estos otros cambios en la *Guía de Medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca de la *Guía de Medicamentos* cuando añadimos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado.
- Eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar.
- Cambiamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.
- Cuando se produzcan estos cambios, nosotros:
  - le informaremos como mínimo 30 días antes de realizar el cambio en la *Guía de Medicamentos*, **o**

– le informaremos y le proporcionaremos un suministro de 30 días del medicamento una vez que usted solicite un resurtido.

Así tendrá tiempo de hablar con su médico u otro profesional que receta. Pueden ayudarle a decidir:

- si existe un medicamento similar en la *Guía de Medicamentos* que usted pueda tomar en su lugar, **o**
- si solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10 a B12.

B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o medidas que deba tomar para obtener determinados medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o límites en la cantidad que usted puede obtener. En algunos casos usted, su médico u otro profesional que receta deben hacer algo antes de poder obtener el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización previa :** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional que receta deben obtener autorización de Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) antes de surtir su medicamento recetado. La autorización previa es diferente de un referido. Es posible que Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) no cubra el medicamento si no obtiene una autorización previa.
- **Límites de cantidad:** A veces, Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
- **Terapia por fases:** A veces, Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) requiere que usted realice una terapia por fases. Esto significa que tendrá que probar medicamentos para su afección médica en un determinado orden. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si el profesional que receta considera que el primer medicamento no funciona para usted, entonces cubriremos el segundo.

Puede averiguar si su medicamento tiene límites o requisitos adicionales consultando las tablas de la **Sección C1**. También puede obtener más información si visita nuestro sitio web en **es-humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy**. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia por fases. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción a estos límites. Así tendrá tiempo de hablar con su médico u otro profesional que receta. Ellos podrán ayudarle a determinar si existe un medicamento similar en la *Guía de Medicamentos* que usted pueda tomar en su lugar o si puede solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene limitaciones o si existe alguna medida que deba tomar para obtener el medicamento?

La tabla que se encuentra en la sección titulada "Guía de Medicamentos por Tipo de Medicamento" en la **Sección C1** tiene una columna denominada "Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso."

B6. ¿Qué sucede si Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) cambia sus reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia por fases)?

En algunos casos, le informaremos con anticipación si agregamos o cambiamos la autorización previa, los límites de cantidad o las restricciones de terapia por fases de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso con anticipación y las situaciones en las que es posible que no podamos informarle con anticipación cuando cambien nuestras reglas sobre los medicamentos de la *Guía de Medicamentos*.

B7. ¿Cómo puedo buscar un medicamento en la *Guía de Medicamentos*?

Hay dos formas de buscar un medicamento:
- puede buscar alfabéticamente, **o**
- puede buscar por tipo de medicamento.

Para buscar **alfabéticamente**, busque su medicamento en la sección Índice de Medicamentos Cubiertos. Puede encontrarlo en la Sección D. El Índice de Medicamentos Cubiertos es una lista alfabética de todos los medicamentos que se incluyen en la *Guía de Medicamentos*. Los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos se enumeran en el índice.

Para buscar por tipo de medicamento, busque la **Sección C1** denominada "Guía de Medicamentos por Tipo de Medicamento". Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para las migrañas, debe buscar en la categoría "Agentes Antimigrañosos". Allí es donde encontrará los medicamentos que tratan las migrañas.

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

Si no encuentra su medicamento en la *Guía de Medicamentos*, llámenos al número que figura al pie de página de este documento y pregunte al respecto. Si le dicen que Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) no cubrirá el medicamento, puede hacer una de estas cosas:
- Pídanos una lista de medicamentos similares al que usted quiere utilizar. Luego muéstrele la lista a su médico u otro profesional que receta. Pueden recetarle otro medicamento de la *Guía de Medicamentos* que sea parecido al que usted quiere utilizar. **O**
- Pedir a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B9. ¿Qué sucede si soy un afiliado nuevo de Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) y no encuentro mi medicamento en la Guía de Medicamentos o tengo un problema para obtenerlo?

Podemos brindarle ayuda. Podemos cubrir un suministro temporal de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días que sea afiliado de Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP). Así tendrá tiempo de hablar

con su médico u otro profesional que receta. Ellos podrán ayudarle a determinar si existe un medicamento similar en la *Guía de Medicamentos* que usted pueda tomar en su lugar o si puede solicitar una excepción.

Si su medicamento está recetado por menos días, permitiremos múltiples resurtidos para proveerle hasta un máximo de 30 días del medicamento.

Cubriremos un suministro de 30 días del medicamento si:

- utiliza un medicamento que no está en nuestra *Guía de Medicamentos*, **o**
- las reglas de nuestro plan de salud no le permiten obtener la cantidad que indicó el profesional que receta, **o**
- el medicamento requiere autorización previa de Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP), **o**
- usted utiliza un medicamento que es parte de una restricción de terapia por fases.

Si está tomando un medicamento que Humana PathWays Dual Care no considera un medicamento de la Parte D, tiene derecho a recibir un suministro de emergencia del medicamento de 72 horas por única vez.

Si usted se encuentra en un hogar de ancianos u otro centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la *Guía de Medicamentos*, o si no puede obtener con facilidad el medicamento que necesita, podemos brindarle ayuda. Si usted ha estado en el plan por más de 90 días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro de 31 días del medicamento que necesita (a menos que usted tenga una receta para menos días), independientemente de que sea un afiliado nuevo de Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) o no.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días que es afiliado de Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP).

Si cambian las condiciones de su tratamiento
Durante el año del plan, pueden cambiar las condiciones de su tratamiento debido a un cambio en el nivel de su cuidado médico. Por ejemplo, usted puede:

- Pasar de un hospital o centro de enfermería especializada a un ámbito hogareño.
- Pasar de un ámbito hogareño a un hospital o centro de enfermería especializada.
- Pasar de un centro de enfermería especializada a otro, por lo que se ve en la necesidad de utilizar una farmacia nueva.
- Dejar de estar en un centro de enfermería especializada donde la Parte A de Medicare cubre sus medicamentos recetados, por lo que debe utilizar la Parte D ahora.
- Desistir en su estatus de hospicio, por lo que debe utilizar las Partes A y B de Medicare ahora.
- Dejar un hospital psiquiátrico a largo plazo donde sus medicamentos se adaptaban según sus necesidades.

En estos casos, cubriremos hasta **31 días** de un medicamento que cubra la Parte D de Medicare cuando lo obtenga en una farmacia.

Si cambian las condiciones de su tratamiento más de una vez en el mismo mes, es posible que deba pedirnos que hagamos una excepción **o** aprobemos su medicamento por adelantado.

Analizaremos su solicitud para ver si usted tiene un plan de tratamiento **y** cambiarlo perjudicaría su salud.

Si necesita más tiempo
Podemos extender su suministro de transición. Esto le permitirá seguir obteniendo su medicamento mientras revisamos su apelación **o** solicitud de excepción.

Después de obtener un suministro de transición de un medicamento de la Parte D
Es posible que debamos hacer una revisión médica del medicamento si:
- el medicamento no está en nuestra lista aprobada, **o**
- tenemos que aprobarlo por adelantado porque:
  - Hay límites en la cantidad que puede obtener.
  - Debe probar primero un medicamento menos costoso.
  - Necesitamos conocer algunos datos sobre su salud.

Si necesitamos conocer algunos datos sobre su salud
Su médico puede darnos estos datos. Esto nos ayudará a trabajar en su solicitud para aprobar su medicamento por adelantado o hacer una excepción si:
- Su medicamento no está en nuestra lista aprobada.
- Debemos aprobar su medicamento por adelantado.
- Ha probado otros medicamentos para tratar su problema de salud.

Solicitar una excepción
Pídale a su médico que nos envíe una carta. La carta debe indicar que usted necesita este medicamento para tratar su problema de salud porque los medicamentos que **sí** cubrimos:
- No funcionarían tan bien para tratar su problema de salud, **o**
- Perjudicarían su salud.

La carta debe explicar por qué el límite que aplicamos a su medicamento:
- No es adecuado dado su problema de salud, **o**
- Perjudicarían su salud.

En la mayoría de los casos, debemos comunicarle nuestra decisión no más de **72 horas** después de haber recibido la carta de su médico. Le concederemos una solicitud rápida si determinamos, o si su médico nos dice, que el tiempo de espera de una solicitud estándar podría perjudicar su vida, su salud o su capacidad para funcionar. Con una solicitud rápida, debemos comunicarle nuestra decisión no más de **24 horas** después de que recibamos la carta de su médico.

Si decimos que no a su solicitud de excepción
Puede preguntarnos si cubrimos otro medicamento para su problema de salud si:
- su medicamento **no** está en nuestra lista aprobada, **o**
- su medicamento **sí** está en nuestra lista, pero:
  - Debemos aprobar su medicamento por adelantado.
  - Debe probar primero un medicamento menos costoso.
  - Hay límites en la cantidad que puede obtener.

Pregúntele a su médico si este medicamento es una buena opción para usted.

También puede solicitarnos que revisemos nuestra decisión. Debe presentar esta apelación no más de **65 días** después de nuestra primera decisión.

Podemos brindarle ayuda
Podemos ayudarles a usted y a su médico a:
- Solicitar una excepción
- Presentar una apelación
- Buscar otro medicamento para su problema de salud
- Obtener más información sobre su Política de transición

Usted y su médico también pueden obtener formularios para solicitarnos que:
- Aprobemos su medicamento por adelantado
- Hagamos una excepción

Solo llámenos al número que figura al pie de página de este documento o visite nuestro sitio web, **es-humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy**.

Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés)
Este comité supervisa nuestra Guía de Medicamentos de la Parte D y las reglas relacionadas. Formuló estas reglas para ciertos medicamentos de la Parte D. Las reglas tienen por objeto garantizar que los medicamentos:
- Se utilicen según las pautas médicas.
- Hayan demostrado ser seguros y eficaces para el problema de salud que tratan.
- Se receten según las pautas del fabricante.

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?

Sí. Puede solicitar a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) que haga una excepción y cubra un medicamento que no está en la *Guía de Medicamentos*.

También puede pedirnos que cambiemos las normas que se aplican a su medicamento.
- Por ejemplo, Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede pedirnos que cambiemos el límite y cubramos más.
- Otros ejemplos: Puede pedirnos que eliminemos restricciones de terapia por fases o requisitos de autorización previa.

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llámenos. Un representante trabajará con usted y su proveedor para ayudarles a solicitar una excepción. También puede leer la **Sección 7 del Capítulo 9** de la *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Después de haber recibido una declaración del profesional que receta que avale su solicitud de excepción, le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

Solicitar una excepción
Pídale a su médico que nos envíe una carta. En esta se debe indicar que usted necesita este medicamento para tratar su problema de salud porque los medicamentos que sí cubrimos:

- No funcionarían tan bien para tratar su problema de salud, **o**
- Perjudicarían su salud

La carta debe explicar por qué el límite que aplicamos a su medicamento:

- No es adecuado dado su problema de salud, **o**
- Perjudicaría su salud

En la mayoría de los casos, debemos comunicarle nuestra decisión no más de 72 horas después de haber recibido la carta de su médico. Le concederemos una solicitud rápida si determinamos, o si su médico nos dice, que el tiempo de espera de una solicitud estándar podría perjudicar su vida, su salud o su capacidad para funcionar. Con una solicitud rápida, debemos comunicarle nuestra decisión no más de 24 horas después de que recibamos la carta de su médico.

Usted y su médico también pueden obtener formularios para solicitarnos que:

- Aprobemos su medicamento por adelantado
- Hagamos una excepción

Solo llámenos al número que figura al pie de página de este documento o visite nuestro sitio web, **es-humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy**.

Si usted o el profesional que receta consideran que su salud podría deteriorarse por tener que esperar 72 horas para recibir una decisión, puede solicitarnos una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si el profesional que receta avala su solicitud, le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo del profesional que receta.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están hechos con los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos que los medicamentos de marca y tienen la misma eficacia. Generalmente, no tienen nombres muy conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la FDA. Existen medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por medicamentos de marca en la farmacia sin una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

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

Cuando hablamos de medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas llamadas biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el **Capítulo 5** de la *Evidencia de Cobertura*.

B15. ¿Qué son medicamentos OTC?

OTC significa "de venta sin receta" (por sus siglas en inglés). Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) cubre algunos medicamentos OTC cuando su proveedor los escriba como recetas.

Puede leer la Lista de medicamentos de Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) para ver cuáles medicamentos OTC se cubren.

B16. ¿Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) cubre productos OTC que no sean medicamentos?

Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) cubre algunos productos OTC que no son medicamentos cuando estos son indicados como medicamentos recetados por su proveedor (*por ejemplo, jeringas para insulina, etc.*). Comuníquese con Servicios para afiliados por teléfono al número que figura en el pie de página de este documento para obtener más información.

Puede leer la *Guía de Medicamentos* de Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) para saber qué productos OTC que no sean medicamentos están cubiertos.

Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) cubre artículos OTC de salud y bienestar a través del Subsidio de Healthy Options de Humana. Para obtener más información sobre este beneficio, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de su *Evidencia de Cobertura (a veces llamado Manual para los afiliados).*

B17. ¿Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) cubre suministros de medicamentos recetados a largo plazo?

- **Programas de Pedido por Correo.** Ofrecemos un programa de pedido por correo que le permite recibir un suministro de 90 días de sus medicamentos recetados directamente en su hogar. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. Algunos medicamentos pueden ser elegibles para un suministro de hasta 100 días.
- **Programas de Farmacias Minoristas para Suministros de 90 Días.** También es posible que algunas farmacias minoristas le ofrezcan un suministro de 90 días de medicamentos recetados cubiertos. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. Algunos medicamentos pueden ser elegibles para un suministro de hasta 100 días.

B18. ¿Cuál es mi copago?

Los afiliados de Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) tienen copagos para medicamentos recetados siempre que el afiliado siga las reglas del plan. Consulte las preguntas B15 y B16 para obtener más información sobre medicamentos OTC y productos OTC que no sean medicamentos.

Los niveles son grupos de medicamentos incluidos en nuestra *Guía de medicamentos*.

- **Nivel 1 –** Medicamentos genéricos y de marca que tienen copago de $0.
- **Nivel 2 –** Medicamentos genéricos y de marca que tienen copago de $0.
- **Nivel 3 –** Medicamentos genéricos y de marca que tienen un costo compartido de 25%.
- **Nivel 4 –** Medicamentos genéricos y de marca que tienen un costo compartido de 25%.
- **Nivel 5 –** Algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo que tienen un costo compartido de 25%.

Los montos de copago pueden variar según el nivel de Ayuda Extra recibida. Para obtener más información, refiérase a su Evidencia de cobertura (a veces llamado Manual para los afiliados).

Los medicamentos de venta libre (OTC) tienen un copago de $0.

Si tiene preguntas, llámenos al número que figura al pie de página de este documento.

C. Descripción general de la *Guía de Medicamentos Cubiertos*

La *Guía de Medicamentos Cubiertos* le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP). Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de Medicamentos Cubiertos que comienza en la **Sección D**. El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP).

Tenga en cuenta: Si se encuentra el enunciado "(*) No es un medicamento de la Parte D" en el encabezado de una sección de medicamentos, esto significa que el medicamento no es un "medicamento de la Parte D". Estos medicamentos tienen diferentes reglas para las apelaciones.

- Una apelación es un método formal de pedirnos que revisemos una decisión tomada sobre su cobertura y que la cambiemos si cree que cometimos un error.
- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o PathWays.
- Si usted o el profesional que receta no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. Si alguna vez tiene alguna pregunta, llame al número que figura en el pie de página de este documento.
- También puede leer el **Capítulo 9** de la *Evidencia de Cobertura*.

C1. Guía de Medicamentos por Tipo de Medicamento

Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para las migrañas, debe buscar en la categoría "Agentes Antimigrañosos". Allí es donde encontrará los medicamentos que tratan las migrañas.

Estos son los significados de los códigos utilizados en la columna "Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso", como superíndices al lado del nombre de un medicamento y como encabezado de categoría:

QL (por sus siglas en inglés) = Límite de Cantidad: solo se permite una cantidad específica de un medicamento por un período determinado de días.

PA (por sus siglas en inglés) = Autorización previa (aprobación): usted debe tener la aprobación del plan antes de poder obtener este medicamento.

ST (por sus siglas en inglés) = Terapia por fases: usted debe probar otro medicamento antes de poder obtener este.

DL (por sus siglas en inglés) = Límite de Despacho: Medicamentos que pueden tener un límite de 30 días de suministro.

BvsD (por sus siglas en inglés) = Revisión de la Parte B o la Parte D de Medicare (aprobación): se revisa el lugar de administración del medicamento y se debe aprobar antes de que el plan cubra el costo de este medicamento.

(*) = No es un medicamento de la Parte D. Los medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) o los medicamentos no cubiertos por Medicare.

MO (por sus siglas en inglés) = Medicamentos que por lo general están disponibles a través del servicio de pedido por correo.

LA (por sus siglas en inglés) = Acceso Limitado: El plan de salud ha autorizado a determinadas farmacias a dispensar este medicamento, ya que requiere manejo adicional, coordinación del médico o educación del paciente. Llame al número en el pie de página de este documento para obtener más información.

CI (por sus siglas en inglés) = Productos de insulina cubiertos; Productos de insulina de la Parte D cubiertos por su plan. Para obtener más información sobre los costos compartidos para sus productos de insulina cubiertos, refiérase a su Evidencia de cobertura (a veces llamado Manual para los afiliados). .

AV (por sus siglas en inglés) = Vacunas del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) cubiertas por la Parte D; Vacunas de la Parte D recomendadas por el ACIP para los adultos que podrían estar disponibles sin costo para usted; pueden aplicarse restricciones adicionales. Para obtener más información, refiérase a su Evidencia de cobertura (a veces llamado Manual para los afiliados).

PDS (por sus siglas en inglés) = Suministros diabéticos preferidos; productos de BD/Embecta y HTL-Droplet son las marcas preferidas de jeringas y agujas para plumas diabéticas para el plan

SA (por sus siglas en inglés) = Autorización del servicio; Debe obtener aprobación por parte del plan, de acuerdo con los criterios de su beneficio de Medicaid, antes de poder recibir este medicamento.

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos se indican en cursiva minúscula, los medicamentos de marca, en mayúscula y los medicamentos de venta sin receta y productos que no son medicamentos se indican en minúscula. La información en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso”, como superíndices al lado del nombre de un medicamento y como encabezado de categoría indica si Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) tiene alguna regla para cubrir el medicamento.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AGENTES ÓTICOS		
fluocinolone acetonide oil 0.01 % DROPS[MO]	2	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % DROPS[MO]	3	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% DROPS, SUSPENSION[MO]	2	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% SOLUTION[MO]	2	
ofloxacin 0.3 % DROPS[MO]	3	
AGENTES ANTIDEMENCIA		
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET[MO]	1	
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING[MO]	1	
donepezil 23 mg TABLET[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
galantamine 12 mg, 4 mg, 8 mg TABLET[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
galantamine 16 mg, 24 mg, 8 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR.[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml SOLUTION[MO]	3	QL(200 cada 30 días)
memantine 10 mg, 5 mg TABLET[MO]	2	PA
memantine 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR.[MO]	3	PA,QL(30 cada 30 días)
memantine 2 mg/ml SOLUTION[MO]	3	PA
memantine 5-10 mg TABLET, DOSE PACK[MO]	2	PA,QL(98 cada 30 días)
rivastigmine 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour PATCH, 24 HR.[MO]	4	QL(30 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 1.5 mg, 3 mg CAPSULE[MO]	2	QL(90 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 4.5 mg, 6 mg CAPSULE[MO]	2	QL(60 cada 30 días)
AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
baclofen 10 mg TABLET[MO]	1	
baclofen 20 mg TABLET[MO]	1	
baclofen 5 mg TABLET[MO]	1	QL(90 cada 30 días)
tizanidine 2 mg TABLET[MO]	1	
tizanidine 4 mg TABLET[MO]	1	
AGENTES ANTIGOTA		
allopurinol 100 mg, 300 mg TABLET[MO]	1	
colchicine 0.6 mg TABLET[MO]	3	QL(120 cada 30 días)
febuxostat 40 mg, 80 mg TABLET[MO]	3	ST,QL(30 cada 30 días)
probenecid 500 mg TABLET[MO]	3	
probenecid-colchicine 500-0.5 mg TABLET[MO]	3	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		
pyridostigmine bromide 30 mg, 60 mg TABLET[MO]	3	
VYVGART 20 MG/ML SOLUTION[DL]	5	PA
VYVGART HYTRULO 1,000 MG-10,000 UNIT/5 ML SYRINGE[DL]	5	PA,QL(20 cada 28 días)
VYVGART HYTRULO 1,008 MG-11,200 UNIT/5.6 ML SOLUTION[DL]	5	PA,QL(22.4 cada 28 días)
AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
dihydroergotamine 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml) SPRAY, NON-AEROSOL[DL]	5	PA,QL(8 cada 30 días)
eletriptan 20 mg, 40 mg TABLET[MO]	4	QL(9 cada 30 días)
EMGALITY PEN 120 MG/ML PEN INJECTOR[MO]	4	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 120 MG/ML SYRINGE[MO]	4	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) SYRINGE[MO]	4	PA,QL(3 cada 30 días)
ergotamine-caffeine 1-100 mg TABLET[MO]	3	QL(40 cada 30 días)
naratriptan 1 mg, 2.5 mg TABLET[MO]	2	QL(9 cada 30 días)
QULIPTA 10 MG, 30 MG, 60 MG TABLET[MO]	4	PA,QL(30 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET[MO]	1	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING[MO]	3	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan 20 mg/actuation, 5 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL[MO]	4	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET[MO]	1	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml CARTRIDGE[MO]	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml PEN INJECTOR[MO]	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SOLUTION[MO]	4	QL(6 cada 30 días)
UBRELVY 100 MG, 50 MG TABLET[MO]	3	PA,QL(16 cada 30 días)
AGENTES ANTIPARKINSON		
amantadine hcl 100 mg CAPSULE[MO]	3	
amantadine hcl 50 mg/5 ml SOLUTION[MO]	2	
apomorphine 10 mg/ml CARTRIDGE[DL]	5	PA,QL(84 cada 28 días)
benztropine 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET[MO]	2	
benztropine 1 mg/ml SOLUTION[MO]	4	
bromocriptine 2.5 mg TABLET[MO]	3	
carbidopa 25 mg TABLET[MO]	4	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg TABLET, DISINTEGRATING[MO]	4	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-250 mg TABLET[MO]	2	
carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET[MO]	2	
carbidopa-levodopa 25-100 mg, 50-200 mg TABLET ER[MO]	3	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg TABLET[MO]	4	
entacapone 200 mg TABLET[MO]	3	QL(300 cada 30 días)
pramipexole 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg TABLET[MO]	2	
rasagiline 0.5 mg, 1 mg TABLET[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
ropinirole 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg TABLET[MO]	2	
selegiline hcl 5 mg CAPSULE[MO]	2	
selegiline hcl 5 mg TABLET[MO]	2	
trihexyphenidyl 0.4 mg/ml ELIXIR[MO]	3	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg TABLET[MO]	3	
AGENTES CARDIOVASCULARES		
acebutolol 200 mg, 400 mg CAPSULE[MO]	1	
acetazolamide 125 mg, 250 mg TABLET[MO]	4	
acetazolamide 500 mg CAPSULE, ER[MO]	4	
aliskiren 150 mg, 300 mg TABLET[MO]	4	QL(30 cada 30 días)
amiloride 5 mg TABLET[MO]	3	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg TABLET[MO]	1	
amiodarone 100 mg, 400 mg TABLET[MO]	4	
amiodarone 200 mg TABLET[MO]	2	
amlodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET[MO]	1	
amlodipine-atorvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg TABLET[MO]	4	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg CAPSULE[MO]	1	QL(60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg CAPSULE[MO]	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-olmesartan 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg TABLET[MO]	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-valsartan 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg TABLET[MO]	1	QL(30 cada 30 días)
atenolol 100 mg TABLET[MO]	1	
atenolol 25 mg, 50 mg TABLET[MO]	1	
atenolol-chlorthalidone 100-25 mg, 50-25 mg TABLET[MO]	1	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET[MO]	1	
benazepril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET[MO]	1	
benazepril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg TABLET[MO]	1	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*bisoprolol fumarate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET*MO	2	
*bisoprolol-hydrochlorothiazide 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg TABLET*MO	1	
*bumetanide 0.25 mg/ml SOLUTION*MO	2	
*bumetanide 0.5 mg, 2 mg TABLET*MO	2	
*bumetanide 1 mg TABLET*MO	2	
*candesartan 16 mg, 4 mg, 8 mg TABLET*MO	1	QL(60 cada 30 días)
*candesartan 32 mg TABLET*MO	1	QL(30 cada 30 días)
*candesartan-hydrochlorothiazid 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg TABLET*MO	1	QL(30 cada 30 días)
*captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET*MO	1	
*captopril-hydrochlorothiazide 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg TABLET*MO	1	
*cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg CAPSULE, ER 24 HR.*MO	2	
*carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg TABLET*MO	1	
*chlorthalidone 25 mg TABLET*MO	1	
*chlorthalidone 50 mg TABLET*MO	1	
*cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER*MO	3	
*cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER IN PACKET*MO	3	
*cholestyramine light 4 gram POWDER*MO	3	
*cholestyramine light 4 gram POWDER IN PACKET*MO	3	
*clonidine 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr PATCH, WEEKLY*MO	4	QL(4 cada 28 días)
*clonidine hcl 0.05 mg, 0.2 mg, 0.3 mg TABLET*MO	1	
*clonidine hcl 0.1 mg TABLET*MO	1	
*colestipol 1 gram TABLET*MO	3	
*colestipol 5 gram GRANULES*MO	4	QL(1000 cada 30 días)
*colestipol 5 gram PACKET*MO	4	
*digoxin 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET*MO	2	QL(30 cada 30 días)
*dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR.*MO	2	
*diltiazem hcl 120 mg CAPSULE, ER 24 HR.*MO	2	
*diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR.*MO	2	
*diltiazem hcl 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET*MO	2	
*diltiazem hcl 120 mg, 60 mg, 90 mg CAPSULE, ER 12 HR.*MO	2	
*diltiazem hcl 360 mg CAPSULE, ER 24 HR.*MO	2	QL(30 cada 30 días)
*dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg CAPSULE*MO	4	
*doxazosin 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET*MO	2	
*enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg TABLET*MO	1	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg, 5-12.5 mg TABLET*MO	1	
ENTRESTO SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG PELLETMO	3	QL(240 cada 30 días)
*ezetimibe 10 mg TABLET*MO	1	QL(30 cada 30 días)
*ezetimibe-simvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg TABLET*MO	1	QL(30 cada 30 días)
*felodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR.*MO	1	
*fenofibrate 160 mg TABLET*MO	2	QL(30 cada 30 días)
*fenofibrate 54 mg TABLET*MO	2	QL(60 cada 30 días)
*fenofibrate micronized 130 mg, 43 mg CAPSULE*MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
*fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg CAPSULE*MO	3	QL(30 cada 30 días)
*fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE*MO	3	QL(60 cada 30 días)
*fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET*MO	3	QL(30 cada 30 días)
*fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET*MO	3	QL(60 cada 30 días)
*fenofibric acid 105 mg, 35 mg TABLET*MO	3	QL(30 cada 30 días)
*flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET*MO	3	
*fluvastatin 20 mg, 40 mg CAPSULE*MO	4	ST,QL(60 cada 30 días)
*fluvastatin 80 mg TABLET, ER 24 HR.*MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
*fosinopril 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET*MO	1	
*fosinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg TABLET*MO	1	
*furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SOLUTION*MO	2	
*furosemide 20 mg, 40 mg TABLET*MO	1	
*furosemide 80 mg TABLET*MO	1	
*gemfibrozil 600 mg TABLET*MO	1	QL(60 cada 30 días)
*guanfacine 1 mg, 2 mg TABLET*MO	1	
*hydralazine 10 mg, 100 mg TABLET*MO	2	
*hydralazine 25 mg, 50 mg TABLET*MO	2	
*hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE*MO	1	
*hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET*MO	1	
*hydrochlorothiazide 50 mg TABLET*MO	1	
*indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET*MO	1	
*irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg TABLET*MO	1	QL(30 cada 30 días)
*irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET*MO	1	QL(60 cada 30 días)
*irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET*MO	1	QL(30 cada 30 días)
*isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET*MO	2	
*isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET*MO	1	
*isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR.*MO	1	
*isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR.*MO	1	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
isosorbide-hydralazine 20-37.5 mg TABLET[MO]	3	QL(180 cada 30 días)
ivabradine 5 mg, 7.5 mg TABLET[MO]	4	QL(60 cada 30 días)
KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET[MO]	3	PA,QL(30 cada 30 días)
KERENDIA 40 MG TABLET[MO]	3	PA,QL(30 cada 30 días)
labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg TABLET[MO]	2	
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET[MO]	1	
lisinopril 30 mg TABLET[MO]	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg TABLET[MO]	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET[MO]	1	
losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET[MO]	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET[MO]	1	QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET[MO]	1	
methyldopa 250 mg, 500 mg TABLET[MO]	1	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET[MO]	3	
metoprolol succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	1	
metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	1	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET[MO]	2	
metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET[MO]	1	
metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg TABLET[MO]	1	
metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION[MO]	3	
metyrosine 250 mg CAPSULE[DL]	5	
midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET[MO]	3	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET[MO]	2	
moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET[MO]	1	
MULTAQ 400 MG TABLET[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET[MO]	3	
nebivolol 10 mg TABLET[MO]	3	QL(120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg TABLET[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
NEXLETOL 180 MG TABLET[MO]	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET[MO]	3	PA,QL(30 cada 30 días)
niacin 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	4	
niacin 500 mg TABLET[MO]	3	
niacor 500 mg TABLET[MO]	3	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER[MO]	3	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	3	
nimodipine 30 mg CAPSULE[MO]	4	
nimodipine 60 mg/20 ml SOLUTION[DL]	5	QL(2838 cada 28 días)
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr PATCH, 24 HR.[MO]	2	
nitroglycerin 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET[MO]	3	
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET[MO]	3	
olmesartan 20 mg, 40 mg TABLET[MO]	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 5 mg TABLET[MO]	1	QL(60 cada 30 días)
olmesartan-amlodipin-hcthiazid 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg TABLET[MO]	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET[MO]	1	QL(30 cada 30 días)
omega-3 acid ethyl esters 1 gram CAPSULE[MO]	3	QL(120 cada 30 días)
PACERONE 100 MG, 400 MG TABLET[MO]	4	
pacerone 200 mg TABLET[MO]	2	
pentoxifylline 400 mg TABLET ER[MO]	2	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET[MO]	1	
pravastatin 10 mg, 80 mg TABLET[MO]	1	
pravastatin 20 mg, 40 mg TABLET[MO]	1	
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE[MO]	2	
prevalite 4 gram POWDER[MO]	3	
prevalite 4 gram POWDER IN PACKET[MO]	4	
propafenone 150 mg, 225 mg, 300 mg TABLET[MO]	3	
propafenone 225 mg, 325 mg, 425 mg CAPSULE, ER 12 HR.[MO]	4	
propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg TABLET[MO]	2	
propranolol 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE, ER 24 HR.[MO]	2	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET[MO]	1	
quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET[MO]	1	
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg TABLET[MO]	4	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE[MO]	1	
ranolazine 1,000 mg, 500 mg TABLET, ER 12 HR.[MO]	3	QL(120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML WEARABLE INJECTOR[MO]	3	PA,QL(3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML PEN INJECTOR[MO]	3	PA,QL(6 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SYRINGE[MO]	3	PA,QL(6 cada 28 días)
rosuvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET[MO]	1	
sacubitril-valsartan 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg TABLET[MO]	3	QL(60 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET*MO	1	
*simvastatin 5 mg, 80 mg TABLET*MO	1	
*sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET*MO	2	
*sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg TABLET*MO	2	
*spironolacton-hydrochlorothiaz 25-25 mg TABLET*MO	2	
*spironolactone 100 mg TABLET*MO	1	
*spironolactone 25 mg, 50 mg TABLET*MO	1	
*telmisartan 20 mg, 40 mg TABLET*MO	1	QL(30 cada 30 días)
*telmisartan 80 mg TABLET*MO	1	QL(60 cada 30 días)
*telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg TABLET*MO	1	QL(30 cada 30 días)
*telmisartan-hydrochlorothiazid 40-12.5 mg, 80-25 mg TABLET*MO	1	QL(30 cada 30 días)
*telmisartan-hydrochlorothiazid 80-12.5 mg TABLET*MO	1	QL(60 cada 30 días)
*terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE*MO	1	
*tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR.*MO	2	
*timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET*MO	4	
*torsemide 10 mg, 100 mg, 5 mg TABLET*MO	2	
*torsemide 20 mg TABLET*MO	2	
*trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET*MO	1	
*trandolapril-verapamil 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC*MO	3	
*triamterene 100 mg, 50 mg CAPSULE*MO	4	
*triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg CAPSULE*MO	1	
*triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg TABLET*MO	1	
*triamterene-hydrochlorothiazid 75-50 mg TABLET*MO	1	
*valsartan 160 mg, 320 mg TABLET*MO	1	QL(60 cada 30 días)
*valsartan 40 mg, 80 mg TABLET*MO	1	QL(60 cada 30 días)
*valsartan-hydrochlorothiazide 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg TABLET*MO	1	QL(30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULEMO	3	QL(240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULEMO	3	QL(120 cada 30 días)
*verapamil 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR.*MO	2	
*verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg TABLET ER*MO	1	
*verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg TABLET*MO	1	
VERQUVO 10 MG, 2.5 MG, 5 MG TABLETMO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLETMO	3	ST,QL(30 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
alendronate 10 mg TABLET[MO]	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate 35 mg TABLET[MO]	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg TABLET[MO]	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg/75 ml SOLUTION[MO]	4	QL(300 cada 28 días)
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL[MO]	3	QL(3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE[MO]	2	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION[MO]	4	
cinacalcet 30 mg, 60 mg TABLET[MO]	4	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet 90 mg TABLET[MO]	4	QL(120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg CAPSULE[MO]	4	
ENOBY 60 MG/ML SYRINGE[MO]	4	QL(1 cada 180 días)
FORTEO 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML) PEN INJECTOR[DL]	5	PA,QL(2.24 cada 28 días)
ibandronate 150 mg TABLET[MO]	2	QL(1 cada 28 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SOLUTION[MO]	4	PA,QL(3 cada 90 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SYRINGE[MO]	4	PA,QL(3 cada 90 días)
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg CAPSULE[MO]	4	
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE[MO]	4	QL(1 cada 180 días)
risedronate 150 mg TABLET[MO]	3	QL(1 cada 30 días)
risedronate 30 mg, 5 mg TABLET[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
risedronate 35 mg TABLET[MO]	3	QL(4 cada 28 días)
risedronate 35 mg TABLET, DR/EC[MO]	4	QL(4 cada 28 días)
TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR[DL]	5	PA,QL(1.56 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION[DL]	5	PA,QL(1.7 cada 28 días)
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 4 mg/100 ml PIGGYBACK[MO]	4	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid 4 mg RECON SOLUTION[MO]	4	
zoledronic acid 4 mg/5 ml SOLUTION[MO]	4	QL(15 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 4 mg/100 ml PIGGYBACK[MO]	4	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 5 mg/100 ml PIGGYBACK[MO]	1	PA,QL(100 cada 365 días)
AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
balsalazide 750 mg CAPSULE[MO]	3	
budesonide 3 mg CAPSULE, DR/EC[MO]	3	
budesonide 9 mg TABLET, DR/ER[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA[MO]	3	
mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR.[MO]	4	QL(120 cada 30 días)
mesalamine 1,000 mg SUPPOSITORY[MO]	4	QL(30 cada 30 días)
mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA[MO]	4	QL(1800 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
sulfasalazine 500 mg TABLET[MO]	1	
sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC[MO]	2	
AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
acamprosate 333 mg TABLET, DR/EC[MO]	4	
buprenorphine hcl 2 mg, 8 mg SUBLINGUAL TABLET[MO]	2	QL(120 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 8-2 mg SUBLINGUAL TABLET[MO]	2	
bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR.[MO]	3	QL(90 cada 30 días)
disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET[MO]	2	
KLOXXADO 8 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL[MO]	3	
naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION[MO]	1	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE[MO]	1	
naltrexone 50 mg TABLET[MO]	2	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL[MO]	4	
OPVEE 2.7 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL[MO]	3	
REXTOVY 4 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL[MO]	3	
varenicline tartrate 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK[MO]	3	QL(53 cada 28 días)
varenicline tartrate 0.5 mg, 1 mg TABLET[MO]	3	QL(56 cada 28 días)
VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON[DL]	5	QL(1 cada 28 días)
ZUBSOLV 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG, 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET[MO]	3	
ZURNAI 1.5 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR[MO]	3	
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
atomoxetine 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg CAPSULE[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 100 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR 12 MG, 6 MG TABLET, ER 24 HR.[DL]	5	PA,QL(90 cada 30 días)
AUSTEDO XR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG TABLET, ER 24 HR.[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET, ER 24 HR.[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 12-18-24-30 MG TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK[DL]	5	PA,QL(28 cada 28 días)
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 10 mg TABLET[MO]	4	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 15 mg TABLET[MO]	4	QL(120 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 2.5 mg, 20 mg, 7.5 mg TABLET[MO]	4	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 30 mg TABLET[MO]	4	QL(60 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dextroamphetamine sulfate 5 mg TABLET[MO]	4	QL(150 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET[MO]	3	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 15 mg, 5 mg CAPSULE, ER 24 HR.[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 20 mg, 25 mg, 30 mg CAPSULE, ER 24 HR.[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg TABLET[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
dextromethorphan-quinidine 20-10 mg CAPSULE[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg CAPSULE, DR/EC[MO]	4	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg CAPSULE, DR/EC[MO]	4	PA,QL(14 cada 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG CAPSULE, DR SPRINKLE[MO]	4	PA,QL(60 cada 30 días)
duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC[MO]	2	QL(120 cada 30 días)
duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC[MO]	2	QL(90 cada 30 días)
duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC[MO]	2	QL(60 cada 30 días)
fingolimod 0.5 mg CAPSULE[MO]	3	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml SYRINGE[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml SYRINGE[DL]	5	PA,QL(12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml SYRINGE[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml SYRINGE[DL]	5	PA,QL(12 cada 28 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	2	QL(30 cada 30 días)
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML PEN INJECTOR[DL]	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
methylphenidate hcl 10 mg TABLET ER[MO]	3	QL(180 cada 30 días)
methylphenidate hcl 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET[MO]	3	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate hcl 20 mg TABLET ER[MO]	3	QL(90 cada 30 días)
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE[MO]	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml SOLUTION[MO]	3	QL(900 cada 30 días)
pregabalin 200 mg, 25 mg CAPSULE[MO]	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
riluzole 50 mg TABLET[MO]	4	
teriflunomide 14 mg, 7 mg TABLET[MO]	4	PA,QL(30 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg TABLET[MO]	4	PA,QL(240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg TABLET[MO]	4	PA,QL(120 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AGENTES DENTALES Y ORALES		
chlorhexidine gluconate 0.12 % MOUTHWASH **MO**	1	
periogard 0.12 % MOUTHWASH **MO**	1	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg TABLET **MO**	3	
triamcinolone acetonide 0.1 % PASTE **MO**	3	
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
accutane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE **MO**	4	
acitretin 10 mg, 17.5 mg, 25 mg CAPSULE **MO**	4	PA
adapalene 0.3 % GEL **MO**	3	QL(45 cada 30 días)
adapalene 0.3 % GEL WITH PUMP **MO**	3	QL(45 cada 30 días)
ammonium lactate 12 % CREAM **MO**	2	
ammonium lactate 12 % LOTION **MO**	2	
amnesteem 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE **MO**	4	
azelaic acid 15 % GEL **MO**	4	ST,QL(50 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % CREAM **MO**	4	QL(90 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % LOTION **MO**	4	QL(120 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % OINTMENT **MO**	3	QL(90 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % CREAM **MO**	3	QL(180 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % LOTION **MO**	4	QL(120 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % OINTMENT **MO**	3	QL(180 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % CREAM **MO**	2	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % GEL **MO**	3	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % LOTION **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % OINTMENT **MO**	3	QL(100 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % CREAM **MO**	4	PA,QL(120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % SOLUTION **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE **MO**	4	
clindamycin phosphate 1 % GEL **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SOLUTION **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SWAB **MO**	2	
clindamycin-benzoyl peroxide 1-5 % GEL **MO**	4	QL(50 cada 30 días)
clindamycin-benzoyl peroxide 1.2 %(1 % base) -5 % GEL **MO**	4	QL(45 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % CREAM **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % FOAM **MO**	4	QL(100 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % GEL **MO**	4	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % OINTMENT **MO**	3	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % SHAMPOO **MO**	4	QL(240 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*clobetasol 0.05 % SOLUTION*MO	2	QL(100 cada 30 días)
*clobetasol-emollient 0.05 % CREAM*MO	4	QL(120 cada 30 días)
*desonide 0.05 % CREAM*MO	4	QL(240 cada 30 días)
*desonide 0.05 % OINTMENT*MO	4	QL(240 cada 30 días)
*diclofenac sodium 3 % GEL*MO	3	PA
*erythromycin with ethanol 2 % SOLUTION*MO	3	QL(120 cada 30 días)
*fluocinolone 0.01 % OIL*MO	4	QL(118.28 cada 30 días)
*fluocinolone 0.01 % SOLUTION*MO	4	QL(180 cada 30 días)
*fluocinolone 0.025 % CREAM*MO	4	QL(120 cada 30 días)
*fluocinolone 0.025 % OINTMENT*MO	4	QL(120 cada 30 días)
*fluocinolone and shower cap 0.01 % OIL*MO	4	QL(118.28 cada 30 días)
*fluocinonide 0.05 % CREAM*MO	3	QL(120 cada 30 días)
*fluocinonide 0.05 % GEL*MO	3	QL(120 cada 30 días)
*fluocinonide 0.05 % OINTMENT*MO	3	QL(120 cada 30 días)
*fluocinonide 0.05 % SOLUTION*MO	3	QL(120 cada 30 días)
*fluorouracil 2 % SOLUTION*MO	2	QL(30 cada 30 días)
*fluorouracil 5 % CREAM*MO	4	
*fluorouracil 5 % SOLUTION*MO	2	QL(60 cada 30 días)
*fluticasone propionate 0.005 % OINTMENT*MO	2	QL(240 cada 30 días)
*fluticasone propionate 0.05 % CREAM*MO	2	QL(240 cada 30 días)
*hydrocortisone 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR*MO	2	QL(28.4 cada 30 días)
*hydrocortisone 1 %, 2.5 % CREAM*MO	2	QL(240 cada 30 días)
*hydrocortisone 1 %, 2.5 % OINTMENT*MO	2	QL(240 cada 30 días)
*hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET*MO	2	
*hydrocortisone 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR*MO	4	QL(60 cada 30 días)
*hydrocortisone 2.5 % LOTION*MO	2	QL(236 cada 30 días)
*hydrocortisone butyrate 0.1 % OINTMENT*MO	4	QL(180 cada 30 días)
*imiquimod 5 % CREAM IN PACKET*MO	3	QL(12 cada 30 días)
*isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE*MO	4	
LOCOID LIPOCREAM 0.1 % CREAMMO	4	QL(240 cada 30 días)
*malathion 0.5 % LOTION*MO	4	
*mometasone 0.1 % CREAM*MO	2	QL(180 cada 30 días)
*mometasone 0.1 % OINTMENT*MO	2	QL(180 cada 30 días)
*mometasone 0.1 % SOLUTION*MO	2	QL(180 cada 30 días)
*mupirocin 2 % OINTMENT*MO	1	
*permethrin 5 % CREAM*MO	3	
*pimecrolimus 1 % CREAM*MO	4	PA,QL(100 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*podofilox 0.5 % SOLUTION*MO	4	QL(7 cada 30 días)
*procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR*MO	4	QL(60 cada 30 días)
*proctosol hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR*MO	4	QL(60 cada 30 días)
*proctozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR*MO	4	QL(60 cada 30 días)
SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENTMO	4	PA,QL(180 cada 30 días)
*selenium sulfide 2.5 % LOTION*MO	1	QL(120 cada 30 días)
*silver sulfadiazine 1 % CREAM*MO	2	
SSD 1 % CREAMMO	2	
*tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT*MO	4	QL(200 cada 30 días)
*tazarotene 0.1 % CREAM*MO	3	QL(120 cada 30 días)
*tretinoin 0.01 %, 0.05 % GEL*MO	3	PA,QL(45 cada 30 días)
*tretinoin 0.025 % GEL*MO	4	PA,QL(45 cada 30 días)
*tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM*MO	3	PA,QL(45 cada 30 días)
*zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE*MO	4	
ZORYVE 0.15 % CREAMMO	4	PA,QL(120 cada 30 días)
AGENTES GASTROINTESTINALES		
*alosetron 0.5 mg, 1 mg TABLET*MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
*cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET*MO	2	
*cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION*MO	2	
*constulose 10 gram/15 ml SOLUTION*MO	2	
*dicyclomine 10 mg CAPSULE*MO	4	
*dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION*MO	4	
*dicyclomine 20 mg TABLET*MO	4	
*diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET*MO	4	
*enulose 10 gram/15 ml SOLUTION*MO	2	
*esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC*MO	3	QL(60 cada 30 días)
*esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC*MO	3	QL(60 cada 30 días)
*famotidine 10 mg/ml SOLUTION*MO	2	
*famotidine 20 mg, 40 mg TABLET*MO	2	
FAMOTIDINE 4 MG/ML SOLUTIONMO	2	
*famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION*MO	4	
*famotidine (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION*MO	2	
FAMOTIDINE (PF) 4 MG/ML SOLUTIONMO	2	
*gavilyte-c 240-22.72-6.72 -5.84 gram RECON SOLUTION*MO	1	
*gavilyte-g 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION*MO	1	
*gavilyte-n 420 gram RECON SOLUTION*MO	1	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*generlac 10 gram/15 ml SOLUTION*MO	2	
*glutamine (sickle cell) 5 gram POWDER IN PACKET*DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
*glycopyrrolate 0.2 mg/ml SOLUTION*MO	4	
*glycopyrrolate 1 mg, 2 mg TABLET*MO	3	
*lactulose 10 gram/15 ml SOLUTION*MO	2	
*lansoprazole 15 mg, 30 mg CAPSULE, DR/EC*MO	2	QL(60 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULEMO	3	QL(30 cada 30 días)
*loperamide 2 mg CAPSULE*MO	2	
*lubiprostone 24 mcg, 8 mcg CAPSULE*MO	3	QL(60 cada 30 días)
*misoprostol 100 mcg, 200 mcg TABLET*MO	3	
MOVANTIK 12.5 MG, 25 MG TABLETMO	3	QL(30 cada 30 días)
*nizatidine 150 mg, 300 mg CAPSULE*MO	1	
*omeprazole 10 mg CAPSULE, DR/EC*MO	1	
*omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC*MO	1	
*pantoprazole 20 mg, 40 mg TABLET, DR/EC*MO	1	QL(60 cada 30 días)
*pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION*MO	2	
*pantoprazole in 0.9% sod chlor 40 mg/100 ml (0.4 mg/ml), 40 mg/50 ml (0.8 mg/ml), 80 mg/100 ml (0.8 mg/ml) PIGGYBACK*MO	4	
PANTOPRAZOLE IN 0.9% SOD CHLOR 40 MG/50 ML (0.8 MG/ML) PIGGYBACKMO	4	
*peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION*MO	1	
*peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION*MO	1	
*rabeprazole 20 mg TABLET, DR/EC*MO	3	QL(60 cada 30 días)
*sodium,potassium,mag sulfates 17.5-3.13-1.6 gram RECON SOLUTION*MO	1	
*sucralfate 1 gram TABLET*MO	2	
*sucralfate 100 mg/ml SUSPENSION*MO	4	
SUFLAVE 178.7-7.3-0.5 GRAM RECON SOLUTIONMO	4	
SUTAB 1.479-0.188- 0.225 GRAM TABLETMO	3	
TALICIA 10-250-12.5 MG CAPSULE, IR/DR, BIPHASICMO	4	
*ursodiol 250 mg TABLET*MO	3	
*ursodiol 300 mg CAPSULE*MO	3	
*ursodiol 500 mg TABLET*MO	4	
VOWST 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL CAPSULEDL	5	PA
XERMELO 250 MG TABLETDL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
XIFAXAN 200 MG TABLETMO	4	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLETDL	5	PA,QL(84 cada 28 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AGENTES GENITOURINARIOS		
*alfuzosin 10 mg TABLET, ER 24 HR.*MO	1	
*bethanechol chloride 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg TABLET*MO	3	
*dutasteride 0.5 mg CAPSULE*MO	3	QL(30 cada 30 días)
*dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR.*MO	3	QL(30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULEMO	4	QL(90 cada 30 días)
*fesoterodine 4 mg, 8 mg TABLET, ER 24 HR.*MO	3	QL(30 cada 30 días)
*finasteride 5 mg TABLET*MO	1	QL(30 cada 30 días)
GEMTESA 75 MG TABLETMO	4	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, ER 24 HR.MO	3	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 8 MG/ML SUSPENSION, ER, RECONMO	3	QL(300 cada 30 días)
*oxybutynin chloride 10 mg TABLET, ER 24 HR.*MO	3	QL(60 cada 30 días)
*oxybutynin chloride 15 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR.*MO	3	QL(60 cada 30 días)
*oxybutynin chloride 5 mg TABLET*MO	3	
*oxybutynin chloride 5 mg/5 ml SYRUP*MO	3	
*silodosin 4 mg, 8 mg CAPSULE*MO	3	QL(30 cada 30 días)
*solifenacin 10 mg, 5 mg TABLET*MO	4	QL(30 cada 30 días)
*tadalafil 5 mg TABLET*MO	4	PA
*tamsulosin 0.4 mg CAPSULE*MO	2	
*tolterodine 1 mg, 2 mg TABLET*MO	4	QL(60 cada 30 días)
*tolterodine 2 mg, 4 mg CAPSULE, ER 24 HR.*MO	3	QL(30 cada 30 días)
*trospium 20 mg TABLET*MO	4	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
*abigale 1-0.5 mg TABLET*MO	2	
*abigale lo 0.5-0.1 mg TABLET*MO	2	
*afirmelle 0.1-20 mg-mcg TABLET*MO	2	
*altavera (28) 0.15-0.03 mg TABLET*MO	2	
*alyacen 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET*MO	2	
*alyacen 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET*MO	2	
*amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH*MO	2	QL(91 cada 90 días)
*amethyst (28) 90-20 mcg (28) TABLET*MO	4	
*apri 0.15-0.03 mg TABLET*MO	2	
*aranelle (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET*MO	2	
*ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH*MO	2	QL(91 cada 90 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*aubra 0.1-20 mg-mcg TABLET*MO	2	
*aubra eq 0.1-20 mg-mcg TABLET*MO	2	
*aurovela 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET*MO	2	
*aurovela 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET*MO	3	
*aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET*MO	2	
*aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET*MO	2	
*aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET*MO	2	
*aviane 0.1-20 mg-mcg TABLET*MO	2	
*ayuna 0.15-0.03 mg TABLET*MO	2	
*azurette (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET*MO	2	
*balziva (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET*MO	4	
*blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET*MO	2	
*blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET*MO	2	
*blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET*MO	2	
*briellyn 0.4-35 mg-mcg TABLET*MO	4	
*camila 0.35 mg TABLET*MO	2	
*camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH*MO	2	QL(91 cada 90 días)
*camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH*MO	2	QL(91 cada 90 días)
*chateal eq (28) 0.15-0.03 mg TABLET*MO	2	
COMBIPATCH 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR PATCH, SEMIWEEKLYMO	4	QL(8 cada 28 días)
*conjugated estrogens 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg TABLET*MO	4	
*cryselle (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET*MO	2	
*cyred 0.15-0.03 mg TABLET*MO	2	
*cyred eq 0.15-0.03 mg TABLET*MO	2	
*danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE*MO	4	
*dasetta 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET*MO	2	
*dasetta 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET*MO	2	
*daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH*MO	2	QL(91 cada 90 días)
*deblitane 0.35 mg TABLET*MO	2	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OILMO	4	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SYRINGEMO	3	QL(0.65 cada 90 días)
*desog-e.estradiol/e.estradiol 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET*MO	2	
*desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.03 mg TABLET*MO	2	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*dolishale 90-20 mcg (28) TABLET*MO	4	
*dotti 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY*MO	3	QL(8 cada 28 días)
*drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET*MO	2	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLETMO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
*elinest 0.3-30 mg-mcg TABLET*MO	2	
*eluryng 0.12-0.015 mg/24 hr RING*MO	3	QL(1 cada 28 días)
*emzahh 0.35 mg TABLET*MO	2	
ENDOMETRIN 100 MG INSERTMO	4	
*enilloring 0.12-0.015 mg/24 hr RING*MO	3	QL(1 cada 28 días)
*enpresse 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET*MO	2	
*enskyce 0.15-0.03 mg TABLET*MO	2	
*errin 0.35 mg TABLET*MO	2	
*estarylla 0.25-0.035 mg TABLET*MO	2	
*estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM*MO	3	
*estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, WEEKLY*MO	2	QL(4 cada 28 días)
*estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY*MO	3	QL(8 cada 28 días)
*estradiol 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET*MO	1	
*estradiol 10 mcg TABLET*MO	3	
*estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL*MO	4	
*estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET*MO	2	
ESTRING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR) RINGMO	4	QL(1 cada 90 días)
*ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET*MO	2	
*etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24 hr RING*MO	3	QL(1 cada 28 días)
*falmina (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET*MO	2	
*feirza 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET*MO	2	
FEMLYV 1 MG- 20 MCG TABLET, DISINTEGRATINGMO	4	
*gallifrey 5 mg TABLET*MO	3	
GWYN LO 220-20 MCG/24 HR PATCH, WEEKLYMO	3	QL(3 cada 28 días)
*hailey 1.5-30 mg-mcg TABLET*MO	2	
*hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET*MO	2	
*hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET*MO	2	
*hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET*MO	2	
*haloette 0.12-0.015 mg/24 hr RING*MO	3	QL(1 cada 28 días)
*heather 0.35 mg TABLET*MO	2	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH*MO	2	QL(91 cada 90 días)
*incassia 0.35 mg TABLET*MO	2	
*introvale 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH*MO	2	QL(91 cada 90 días)
*isibloom 0.15-0.03 mg TABLET*MO	2	
*jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH*MO	2	QL(91 cada 90 días)
*jasmiel (28) 3-0.02 mg TABLET*MO	2	
*jencycla 0.35 mg TABLET*MO	2	
*juleber 0.15-0.03 mg TABLET*MO	2	
*junel 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET*MO	2	
*junel 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET*MO	3	
*junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET*MO	2	
*junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET*MO	2	
*junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET*MO	2	
*kalliga 0.15-0.03 mg TABLET*MO	2	
*kariva (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET*MO	2	
*kelnor 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET*MO	2	
*kelnor 1/50 (28) 1-50 mg-mcg TABLET*MO	2	
*kurvelo (28) 0.15-0.03 mg TABLET*MO	2	
*l norgest/e.estradiol-e.estrad 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH*MO	2	QL(91 cada 90 días)
*larin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET*MO	2	
*larin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET*MO	3	
*larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET*MO	2	
*larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET*MO	2	
*larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET*MO	2	
*leena 28 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET*MO	2	
*lessina 0.1-20 mg-mcg TABLET*MO	2	
*levonest (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET*MO	2	
*levonorg-eth estrad triphasic 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET*MO	2	
*levonorgestrel-ethinyl estrad 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg TABLET*MO	2	
*levonorgestrel-ethinyl estrad 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH*MO	2	QL(91 cada 90 días)
*levonorgestrel-ethinyl estrad 90-20 mcg (28) TABLET*MO	4	
*levora-28 0.15-0.03 mg TABLET*MO	2	
*lo-zumandimine (28) 3-0.02 mg TABLET*MO	2	
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5-30 MG-MCG TABLETMO	2	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
LOESTRIN 1/20 (21) 1-20 MG-MCG TABLET**MO**	3	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET**MO**	2	
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET**MO**	2	
*lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH***MO**	2	QL(91 cada 90 días)
*loryna (28) 3-0.02 mg TABLET***MO**	2	
*low-ogestrel (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET***MO**	2	
*luizza 1-20 mg-mcg TABLET***MO**	3	
*luizza 1.5-30 mg-mcg TABLET***MO**	2	
*lutera (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET***MO**	2	
*lyleq 0.35 mg TABLET***MO**	2	
*lyllana 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY***MO**	3	QL(8 cada 28 días)
*lyza 0.35 mg TABLET***MO**	2	
*marlissa (28) 0.15-0.03 mg TABLET***MO**	2	
*medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET***MO**	2	
*medroxyprogesterone 150 mg/ml SUSPENSION***MO**	2	QL(1 cada 90 días)
*medroxyprogesterone 150 mg/ml SYRINGE***MO**	2	QL(1 cada 90 días)
*megestrol 20 mg, 40 mg TABLET***MO**	2	
*megestrol 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml) SUSPENSION***MO**	3	
*megestrol 625 mg/5 ml (125 mg/ml) SUSPENSION***MO**	4	
*meleya 0.35 mg TABLET***MO**	2	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET**MO**	3	
*microgestin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET***MO**	2	
*microgestin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET***MO**	3	
*microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET***MO**	2	
*microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET***MO**	2	
*mili 0.25-0.035 mg TABLET***MO**	2	
*mimvey 1-0.5 mg TABLET***MO**	2	
*mono-linyah 0.25-0.035 mg TABLET***MO**	2	
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG TABLET**MO**	4	
*necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET***MO**	2	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT**MO**	3	
*nikki (28) 3-0.02 mg TABLET***MO**	2	
NORA-BE 0.35 MG TABLET**MO**	2	
*norelgestromin-ethin.estradiol 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY***MO**	3	QL(3 cada 28 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET*MO	4	
*norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET*MO	2	
*norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg TABLET*MO	3	
*norethindrone ac-eth estradiol 1.5-30 mg-mcg TABLET*MO	2	
*norethindrone acetate 5 mg TABLET*MO	3	
*norethindrone-e.estradiol-iron 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET*MO	2	
*norgestimate-ethinyl estradiol 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28), 0.25-0.035 mg TABLET*MO	2	
*nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET*MO	2	
*nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET*MO	2	
*nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET*MO	2	
*nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET*MO	2	
*nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET*MO	2	
*nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET*MO	2	
*ocella 3-0.03 mg TABLET*MO	2	
*orquidea 0.35 mg TABLET*MO	2	
*philith 0.4-35 mg-mcg TABLET*MO	4	
*pimtrea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET*MO	2	
*portia 28 0.15-0.03 mg TABLET*MO	2	
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLETMO	4	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAMMO	3	
*progesterone 50 mg/ml OIL*MO	3	
*progesterone micronized 100 mg INSERT*MO	4	
*progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE*MO	3	
*raloxifene 60 mg TABLET*MO	2	QL(30 cada 30 días)
*reclipsen (28) 0.15-0.03 mg TABLET*MO	2	
*setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH*MO	2	QL(91 cada 90 días)
*sharobel 0.35 mg TABLET*MO	2	
*simliya (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET*MO	2	
*simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH*MO	2	QL(91 cada 90 días)
*sprintec (28) 0.25-0.035 mg TABLET*MO	2	
*sronyx 0.1-20 mg-mcg TABLET*MO	2	
*syeda 3-0.03 mg TABLET*MO	2	
*tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET*MO	2	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET*MO	2	
*tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET*MO	2	
*testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) GEL IN PACKET*MO	3	PA,QL(37.5 cada 30 días)
*testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) GEL IN PACKET*MO	3	PA,QL(150 cada 30 días)
*testosterone 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) GEL IN METERED DOSE PUMP*MO	3	PA,QL(150 cada 30 días)
*testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml OIL*MO	3	PA
*testosterone enanthate 200 mg/ml OIL*MO	2	PA,QL(25 cada 90 días)
*tilia fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET*MO	2	
*tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET*MO	2	
*tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET*MO	2	
*tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET*MO	2	
*tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET*MO	2	
*tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET*MO	2	
*tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET*MO	2	
*tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET*MO	2	
*tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET*MO	2	
*tri-sprintec (28) 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET*MO	2	
*tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET*MO	2	
*tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET*MO	2	
*trivora (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET*MO	2	
*tulana 0.35 mg TABLET*MO	2	
*turqoz (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET*MO	2	
TWIRLA 120-30 MCG/24 HR PATCH, WEEKLYMO	3	QL(3 cada 28 días)
*valtya 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET*MO	2	
*velivet triphasic regimen (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET*MO	2	
*vestura (28) 3-0.02 mg TABLET*MO	2	
*vienva 0.1-20 mg-mcg TABLET*MO	2	
*viorele (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET*MO	2	
*volnea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET*MO	2	
*vyfemla (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET*MO	4	
*vylibra 0.25-0.035 mg TABLET*MO	2	
*wera (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET*MO	2	
*wymzya fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET*MO	4	
*xarah fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET*MO	2	
*xelria fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET*MO	4	
*xulane 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY*MO	3	QL(3 cada 28 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
zafemy 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY[MO]	3	QL(3 cada 28 días)
zarah 3-0.03 mg TABLET[MO]	2	
zovia 1-35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET[MO]	2	
zumandimine (28) 3-0.03 mg TABLET[MO]	2	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN 10,000 UNIT RECON SOLUTION[MO]	4	PA
desmopressin 0.1 mg TABLET[MO]	3	
desmopressin 0.2 mg TABLET[MO]	4	
INCRELEX 10 MG/ML SOLUTION[DL]	5	PA
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) CARTRIDGE[DL]	5	PA
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION[DL]	5	PA
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
betamethasone acet,sod phos 6 mg/ml SUSPENSION[MO]	3	
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg TABLET[MO]	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml ELIXIR[MO]	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml SOLUTION[MO]	2	
dexamethasone intensol 1 mg/ml DROPS[MO]	2	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SOLUTION[MO]	2	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SYRINGE[MO]	2	
dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml, 4 mg/ml SOLUTION[MO]	2	
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml SYRINGE[MO]	2	
fludrocortisone 0.1 mg TABLET[MO]	2	
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET[MO]	2	BvsD
methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK[MO]	2	
methylprednisolone acetate 40 mg/ml, 80 mg/ml SUSPENSION[MO]	2	
methylprednisolone sodium succ 1,000 mg, 125 mg, 40 mg RECON SOLUTION[MO]	4	
prednisolone 15 mg/5 ml SOLUTION[MO]	2	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) SOLUTION[MO]	2	
prednisolone sodium phosphate 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION[MO]	4	
prednisolone sodium phosphate 25 mg/5 ml (5 mg/ml) SOLUTION[MO]	3	
prednisone 1 mg, 2.5 mg, 50 mg TABLET[MO]	1	BvsD
prednisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET[MO]	1	BvsD
prednisone 10 mg, 5 mg TABLET, DOSE PACK[MO]	2	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
prednisone 5 mg/5 ml SOLUTION[MO]	4	BvsD
prednisone intensol 5 mg/ml CONCENTRATE[MO]	3	BvsD
SOLU-MEDROL 2 GRAM RECON SOLUTION[MO]	4	
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML RECON SOLUTION[MO]	4	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION[MO]	3	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT[MO]	2	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM[MO]	2	
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM[MO]	2	
triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM[MO]	2	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ARMOUR THYROID 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG TABLET[MO]	3	
LEVO-T 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET[MO]	3	
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET[MO]	1	
levothyroxine 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET[MO]	1	
LEVOXYL 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET[MO]	1	
liomny 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET[MO]	3	
liothyronine 10 mcg/ml SOLUTION[MO]	3	
liothyronine 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET[MO]	3	
np thyroid 120 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET[MO]	3	
SYNTHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET[MO]	3	
UNITHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET[MO]	3	
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
cabergoline 0.5 mg TABLET[MO]	3	
ELIGARD 7.5 MG (1 MONTH) SYRINGE[MO]	4	PA
ELIGARD (3 MONTH) 22.5 MG SYRINGE[MO]	4	PA
ELIGARD (4 MONTH) 30 MG SYRINGE[MO]	4	PA
ELIGARD (6 MONTH) 45 MG SYRINGE[MO]	4	PA
FIRMAGON 120 MG RECON SOLUTION[DL]	5	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 120 MG RECON SOLUTION[DL]	5	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 80 MG RECON SOLUTION[MO]	4	PA

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lanreotide 120 mg/0.5 ml SYRINGE[DL]	5	PA,QL(0.5 cada 28 días)
lanreotide 60 mg/0.2 ml SYRINGE[DL]	5	PA,QL(0.2 cada 28 días)
lanreotide 90 mg/0.3 ml SYRINGE[DL]	5	PA,QL(0.3 cada 28 días)
leuprolide 1 mg/0.2 ml KIT[MO]	4	
leuprolide acetate (3 month) 22.5 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION[MO]	4	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT 3.75 MG SYRINGE KIT	5	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT 7.5 MG SYRINGE KIT[DL]	5	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 11.25 MG SYRINGE KIT	5	PA,QL(1 cada 90 días)
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 22.5 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION[MO]	4	PA,QL(1 cada 90 días)
octreotide acetate 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 500 mcg/ml SOLUTION[MO]	4	PA
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE[MO]	4	PA
octreotide acetate 50 mcg/ml SOLUTION[MO]	3	PA
octreotide,microspheres 10 mg, 20 mg, 30 mg SUSPENSION, ER, RECON[DL]	5	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG SUSPENSION, ER, RECON[DL]	5	PA
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SOLUTION[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG RECON SOLUTION[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION[MO]	4	PA
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)		
methimazole 10 mg, 5 mg TABLET[MO]	2	
propylthiouracil 50 mg TABLET[MO]	2	
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ABRYSVO (PF) 120 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION[AV,DL]	1	
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION[DL]	1	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION[DL]	5	PA
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION[AV,DL]	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE[AV,DL]	1	
ADALIMUMAB-ADAZ 10 MG/0.1 ML SYRINGE[DL]	5	PA,QL(0.2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 20 MG/0.2 ML SYRINGE[DL]	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR[DL]	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML SYRINGE[DL]	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR[DL]	5	PA,QL(4.8 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT[DL]	5	PA,QL(2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT[DL]	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT[DL]	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT[DL]	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT[DL]	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION[DL]	5	PA
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION[AV,DL]	1	
azathioprine 50 mg TABLET[MO]	2	BvsD
BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION[AV,DL]	1	
BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION[DL]	5	PA,QL(20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML AUTO-INJECTOR[DL]	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE[DL]	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG RECON SOLUTION[DL]	5	PA,QL(6 cada 28 días)
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE[DL]	5	PA,QL(2 cada 28 días)
BESREMI PEN 500 MCG/0.5 ML PEN INJECTOR[DL]	5	PA,QL(1 cada 28 días)
BEXSERO 50-50-50-25 MCG/0.5 ML SYRINGE[AV,DL]	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE[AV,DL]	1	
COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE[DL]	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE[DL]	5	PA,QL(2 cada 28 días)
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE[DL]	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML PEN INJECTOR[DL]	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR[DL]	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR[DL]	5	PA,QL(8 cada 28 días)
cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE[MO]	4	BvsD
cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE[MO]	4	BvsD
cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION[MO]	4	BvsD
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION[DL]	1	
DENGVAXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION[DL]	1	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR**DL**	5	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR**DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE**DL**	5	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE**DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) SYRINGE**DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML SOLUTION**DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) CARTRIDGE**DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) PEN INJECTOR**DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SUSPENSION**AV,DL**	1	BvsD
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SYRINGE**AV,DL**	1	BvsD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML SYRINGE**AV,DL**	1	BvsD
ENVARSUS XR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG TABLET, ER 24 HR.**MO**	4	PA
*everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg TABLET***MO**	4	BvsD,QL(60 cada 30 días)
*everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg TABLET***DL**	5	BvsD,QL(120 cada 30 días)
*everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg, 1 mg TABLET***DL**	5	BvsD,QL(60 cada 30 días)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) SOLUTION**DL**	5	PA
GAMUNEX-C 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) SOLUTION**DL**	5	PA
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SUSPENSION**AV,DL**	1	
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SYRINGE**AV,DL**	1	
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION**DL**	5	PA,QL(24 cada 28 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML SYRINGE**AV,DL**	1	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML SYRINGE**DL**	1	
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML SYRINGE**AV,DL**	1	BvsD
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION**DL**	1	
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT**DL**	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT**DL**	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT**DL**	5	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT**DL**	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT**DL**	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT**DL**	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR KIT**DL**	5	PA,QL(6 cada 28 días)
*icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE***DL**	5	PA,QL(18 cada 30 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION**AV,DL**	1	BvsD
INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE**DL**	1	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
IPOL 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION**AV,DL**	1	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE**AV,DL**	1	
JYLAMVO 2 MG/ML SOLUTION**MO**	4	PA
JYNNEOS (PF) 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 SUSPENSION**AV,DL**	1	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE**DL**	1	
*leflunomide 10 mg, 20 mg TABLET***MO**	3	QL(30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION**AV,DL**	1	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML SOLUTION**AV,DL**	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML KIT**AV,DL**	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML SOLUTION**AV,DL**	1	
*methotrexate sodium 2.5 mg TABLET***MO**	2	BvsD
*methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION***MO**	1	
*methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION***MO**	2	
*methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION***MO**	1	
MRESVIA (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE**AV,DL**	1	
*mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION***MO**	4	BvsD
*mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE***MO**	2	BvsD
*mycophenolate mofetil 500 mg TABLET***MO**	3	BvsD
*mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION***MO**	4	BvsD
*mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC***MO**	4	BvsD
OMLYCLO 150 MG/ML, 300 MG/2 ML SYRINGE**DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
OMLYCLO 75 MG/0.5 ML SYRINGE**DL**	5	PA,QL(4 cada 28 días)
OTULFI 45 MG/0.5 ML SOLUTION**MO**	3	PA,QL(1.5 cada 84 días)
OTULFI 45 MG/0.5 ML SYRINGE**MO**	3	PA,QL(1.5 cada 84 días)
OTULFI 90 MG/ML SYRINGE**DL**	5	PA,QL(3 cada 84 días)
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML SYRINGE**DL**	1	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML SOLUTION**DL**	1	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE**DL**	5	PA,QL(2 cada 28 días)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION**DL**	5	PA,QL(4 cada 28 días)
PENBRAYA (PF) 5-120 MCG/0.5 ML KIT**AV,DL**	1	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 0.5 ML KIT**AV,DL**	1	
PENTACEL (PF) 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML KIT**DL**	1	
PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION**AV,DL**	1	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET**MO**	4	BvsD

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION**DL**	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION**DL**	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE**DL**	1	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION**AV,DL**	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION**AV,DL**	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE**AV,DL**	1	BvsD
RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR.**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR.**DL**	5	PA,QL(168 cada 365 días)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION**DL**	5	PA,QL(360 cada 30 días)
ROTARIX 10EXP6 CCID50 /1.5 ML SUSPENSION**DL**	1	
ROTATEQ VACCINE 2 ML SOLUTION**DL**	1	
*sajazir 30 mg/3 ml SYRINGE***DL**	5	PA,QL(18 cada 30 días)
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION**AV,DL**	1	
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE**AV,DL**	1	
*sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET***MO**	4	BvsD
*sirolimus 1 mg/ml SOLUTION***MO**	4	BvsD
SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR	5	PA,QL(2 cada 84 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	5	PA,QL(2 cada 84 días)
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR**DL**	5	PA,QL(8.4 cada 365 días)
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR**DL**	5	PA,QL(16.8 cada 365 días)
SKYRIZI 55 MG/0.37 ML SYRINGE	5	PA,QL(0.74 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION**DL**	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE**DL**	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE**DL**	5	PA,QL(3 cada 84 días)
*tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE***MO**	3	BvsD
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION**AV,DL**	1	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION**AV,DL**	1	
TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE**AV,DL**	1	
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE**AV,DL**	1	
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	5	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE**DL**	5	PA,QL(4 cada 28 días)
TREMFYA ONE-PRESS 100 MG/ML AUTO-INJECTOR	5	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA PEN 100 MG/ML PEN INJECTOR	5	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA PEN 200 MG/2 ML PEN INJECTOR**DL**	5	PA,QL(4 cada 28 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) 200 MG/2 ML PEN INJECTOR**DL**	5	PA,QL(4 cada 28 días)
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE**AV,DL**	1	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE**AV,DL**	1	
TYENNE 162 MG/0.9 ML SYRINGE**DL**	5	PA,QL(3.6 cada 28 días)
TYENNE AUTOINJECTOR 162 MG/0.9 ML PEN INJECTOR**DL**	5	PA,QL(3.6 cada 28 días)
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION**AV,DL**	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE**AV,DL**	1	
USTEKINUMAB 45 MG/0.5 ML SOLUTION**DL**	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
USTEKINUMAB 45 MG/0.5 ML SYRINGE**DL**	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
USTEKINUMAB 90 MG/ML SYRINGE**DL**	5	PA,QL(3 cada 84 días)
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SUSPENSION**DL**	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SYRINGE**DL**	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SUSPENSION**AV,DL**	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SYRINGE**AV,DL**	1	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION**AV,DL**	1	
VAXCHORA VACCINE 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION**AV,MO**	1	
VIMKUNYA (PF) 40 MCG/0.8 ML SYRINGE**AV,DL**	1	
VIVOTIF 2 BILLION UNIT CAPSULE, DR/EC**AV,MO**	1	
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION**MO**	4	PA
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR**DL,LA**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML SYRINGE**DL,LA**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR**DL,LA**	5	PA,QL(4 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE**DL,LA**	5	PA,QL(4 cada 28 días)
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SOLUTION**MO**	3	PA,QL(1.5 cada 84 días)
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SYRINGE**MO**	3	PA,QL(1.5 cada 84 días)
YESINTEK 90 MG/ML SYRINGE**DL**	5	PA,QL(3 cada 84 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION**AV,DL**	1	
AGENTES OFTÁLMICOS		
*atropine 1 % DROPS***MO**	2	
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE**MO**	2	
*azelastine 0.05 % DROPS***MO**	2	
*bacitracin 500 unit/gram OINTMENT***MO**	3	
*bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT***MO**	2	
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION**MO**	4	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
betaxolol 0.5 % DROPS[MO]	2	
bimatoprost 0.01 % DROPS[MO]	3	QL(2.5 cada 25 días)
brimonidine 0.2 % DROPS[MO]	1	
carteolol 1 % DROPS[MO]	1	
ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS[MO]	1	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS[MO]	3	
cromolyn 4 % DROPS[MO]	1	
cyclosporine 0.05 % DROPPERETTE[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
CYSTARAN 0.44 % DROPS[DL]	5	PA,QL(60 cada 28 días)
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS[MO]	2	
diclofenac sodium 0.1 % DROPS[MO]	2	
dorzolamide 2 % DROPS[MO]	1	
dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS[MO]	1	
dorzolamide-timolol (pf) 2-0.5 % DROPPERETTE[MO]	4	QL(60 cada 30 días)
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT[MO]	2	QL(3.5 cada 28 días)
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION[MO]	3	QL(16.6 cada 30 días)
fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION[MO]	3	
flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS[MO]	2	
gatifloxacin 0.5 % DROPS[MO]	3	QL(2.5 cada 25 días)
gentamicin 0.3 % DROPS[MO]	2	
ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION[MO]	3	QL(3 cada 30 días)
ketorolac 0.4 %, 0.5 % DROPS[MO]	3	QL(10 cada 30 días)
latanoprost 0.005 % DROPS[MO]	1	QL(5 cada 25 días)
levobunolol 0.5 % DROPS[MO]	1	
LOTEMAX SM 0.38 % DROPS, GEL[MO]	4	
loteprednol etabonate 0.2 %, 0.5 % DROPS, SUSPENSION[MO]	4	
loteprednol etabonate 0.5 % DROPS, GEL[MO]	4	
LUMIGAN 0.01 % DROPS[MO]	3	QL(2.5 cada 25 días)
methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET[MO]	4	
MIEBO (PF) 100 % DROPS[MO]	4	QL(3 cada 30 días)
moxifloxacin 0.5 % DROPS[MO]	3	
NATACYN 5 % DROPS, SUSPENSION[MO]	4	
neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT[MO]	3	
neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT[MO]	2	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % OINTMENT*MO	2	
*neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION*MO	2	
*neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS*MO	2	
*neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION*MO	3	
*ofloxacin 0.3 % DROPS*MO	2	
*pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS*MO	3	
*polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT*MO	2	
*polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS*MO	1	
*prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION*MO	3	
*prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS*MO	2	
RHOPRESSA 0.02 % DROPSMO	3	ST,QL(2.5 cada 25 días)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPSMO	3	ST
SIMBRINZA 1-0.2 % DROPS, SUSPENSIONMO	4	
*sulfacetamide sodium 10 % DROPS*MO	2	
*sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) DROPS*MO	2	
*timolol 0.5 % DROPS*MO	4	
*timolol maleate 0.25 % DROPS*MO	1	
*timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION*MO	4	
*timolol maleate 0.5 % DROPS*MO	1	
*timolol maleate 0.5 % DROPS, ONCE DAILY*MO	4	
*timolol maleate (pf) 0.25 %, 0.5 % DROPPERETTE*MO	4	
*tobramycin 0.3 % DROPS*MO	2	
*tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION*MO	2	
*travoprost 0.004 % DROPS*MO	3	QL(2.5 cada 25 días)
*trifluridine 1 % DROPS*MO	3	
TRYPTYR 0.003 % DROPPERETTEMO	4	QL(60 cada 30 días)
VYZULTA 0.024 % DROPSMO	4	QL(2.5 cada 25 días)
AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES		
*lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg CAPSULE*MO	1	
*lithium carbonate 300 mg TABLET*MO	1	
*lithium carbonate 300 mg, 450 mg TABLET ER*MO	2	
*lithium citrate 8 meq/5 ml SOLUTION*MO	4	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
BELSOMRA 10 MG TABLET**MO**	3	QL(60 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET**MO**	3	QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 5 MG TABLET**MO**	3	QL(120 cada 30 días)
*eszopiclone 1 mg, 2 mg, 3 mg TABLET***MO**	4	QL(30 cada 30 días)
*modafinil 100 mg, 200 mg TABLET***MO**	3	QL(60 cada 30 días)
*ramelteon 8 mg TABLET***MO**	4	QL(30 cada 30 días)
*sodium oxybate 500 mg/ml SOLUTION***DL**	5	PA,QL(540 cada 30 días)
*tasimelteon 20 mg CAPSULE***DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
*temazepam 15 mg CAPSULE***DL**	3	QL(30 cada 30 días)
*temazepam 30 mg CAPSULE***DL**	3	QL(30 cada 30 días)
*zaleplon 10 mg, 5 mg CAPSULE***MO**	3	QL(30 cada 30 días)
*zolpidem 10 mg, 5 mg TABLET***MO**	2	QL(30 cada 30 días)
*zolpidem 12.5 mg, 6.25 mg TABLET, ER MULTIPHASE***MO**	2	QL(30 cada 30 días)
AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADSTILADRIN 3X10EXP11 VP/ML SUSPENSION	5	PA
ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED**MO**	1	
ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED**MO**	1	
ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED**MO**	1	
ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED**MO**	1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN**MO**	1	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN**MO**	1	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN**MO**	1	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE**PDS,MO**	1	
BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE**MO**	1	
BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED**MO**	1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE**PDS,MO**	1	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE**PDS,MO**	1	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE**PDS,MO**	1	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE**PDS,MO**	1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE**PDS,MO**	1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE**PDS,MO**	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE**PDS,MO**	1	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE**PDS,MO**	1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE**PDS,MO**	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE**PDS,MO**	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE**PDS,MO**	1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE**PDS,MO**	1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE**PDS,MO**	1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE**PDS,MO**	1	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE**PDS,MO**	1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE**PDS,MO**	1	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE**PDS,MO**	1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE**PDS,MO**	1	
BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE**MO**	1	
*butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET***MO**	2	QL(180 cada 30 días)
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED**MO**	1	
CEQUR SIMPLICITY 1 UNIT (240 UNIT), 2 UNIT (200 UNIT), 2 UNIT (240 UNIT) DEVICE**MO**	3	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER MISCELLANEOUS**MO**	3	
COBENFY 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG CAPSULE**DL**	4	PA,QL(60 cada 30 días)
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG CAPSULE, DOSE PACK**DL**	4	PA,QL(56 cada 28 días)
CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED**MO**	1	
CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE**MO**	1	
DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE**MO**	1	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" SYRINGE**PDS,MO**	1	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE**PDS,MO**	1	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE**PDS,MO**	1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE**PDS,MO**	1	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE**PDS,MO**	1	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED**MO**	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32" NEEDLE**PDS,MO**	1	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE**MO**	4	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED**MO**	1	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED**MO**	1	
EASYLIFE ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED**MO**	1	
GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE**MO**	1	
GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE**MO**	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED**MO**	1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE**PDS,MO**	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE**PDS,MO**	1	
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE**PDS,MO**	1	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED**MO**	1	
*mifepristone 300 mg TABLET***DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
MIRENA 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG IUD**MO**	3	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE**PDS,MO**	1	
NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE**PDS,MO**	1	
*nitroglycerin 0.4 % (w/w) OINTMENT***MO**	4	QL(30 cada 30 días)
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN**MO**	1	
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) CARTRIDGE**MO**	3	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) CARTRIDGE**MO**	3	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) CARTRIDGE**MO**	3	
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS) CARTRIDGE**MO**	3	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) CARTRIDGE**MO**	3	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) CARTRIDGE**MO**	3	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) CARTRIDGE**MO**	3	
OMNIPOD GO PODS CARTRIDGE**MO**	3	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY CARTRIDGE**MO**	3	
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY CARTRIDGE**MO**	3	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY CARTRIDGE**MO**	3	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY CARTRIDGE**MO**	3	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY CARTRIDGE**MO**	3	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY CARTRIDGE**MO**	3	
PEN NEEDLE, DIABETIC 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE**PDS,MO**	1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED**MO**	1	
PRO-COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED**MO**	1	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED**MO**	1	
REZDIFFRA 100 MG, 60 MG, 80 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
*sodium chloride 0.9 % SOLUTION***MO**	2	
*sorbitol-mannitol 2.7-0.54 gram/100 ml SOLUTION***MO**	2	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED**MO**	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED**MO**	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED**MO**	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED**MO**	1	
ULTILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED**MO**	1	
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE**PDS,MO**	1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE**PDS,MO**	1	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE**PDS,MO**	1	
ULTRA-FINE SAFETY INSULIN SYRN 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE**PDS,MO**	1	
WEBCOL PADS, MEDICATED**MO**	1	
XDEMVY 0.25 % DROPS**MO**	4	PA,QL(10 cada 42 días)
ANALGÉSICOS		
*acetaminophen-codeine 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml SOLUTION***DL**	3	QL(2700 cada 30 días)
*acetaminophen-codeine 300-15 mg TABLET***DL**	3	QL(390 cada 30 días)
*acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET***DL**	3	QL(360 cada 30 días)
*acetaminophen-codeine 300-60 mg TABLET***DL**	3	QL(180 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
buprenorphine 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour PATCH, WEEKLY[DL]	4	PA,QL(4 cada 28 días)
celecoxib 100 mg, 200 mg CAPSULE[MO]	2	
celecoxib 400 mg, 50 mg CAPSULE[MO]	2	
diclofenac potassium 50 mg TABLET[MO]	2	
diclofenac sodium 1.5 % DROPS[MO]	4	PA,QL(300 cada 30 días)
diclofenac sodium 100 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	2	
diclofenac sodium 25 mg TABLET, DR/EC[MO]	2	
diclofenac sodium 50 mg TABLET, DR/EC[MO]	1	
diclofenac sodium 75 mg TABLET, DR/EC[MO]	1	
ENDOCET 10-325 MG, 2.5-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG TABLET[DL]	3	QL(360 cada 30 días)
etodolac 200 mg, 300 mg CAPSULE[MO]	3	
etodolac 400 mg, 500 mg TABLET[MO]	3	
etodolac 400 mg, 500 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	3	
fentanyl 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr PATCH. 72 HR.[DL]	4	QL(20 cada 30 días)
flurbiprofen 100 mg TABLET[MO]	2	
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET[DL]	3	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml(15 ml) SOLUTION[DL]	3	QL(2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET[DL]	3	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15 ml SOLUTION[DL]	3	QL(5520 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg TABLET[DL]	3	QL(150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg TABLET[DL]	3	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg/ml SOLUTION[DL]	4	BvsD,QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg TABLET[DL]	3	QL(240 cada 30 días)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg TABLET[MO]	1	
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION[MO]	2	
ibuprofen 400 mg TABLET[MO]	1	
ibuprofen 600 mg, 800 mg TABLET[MO]	1	
indomethacin 25 mg, 50 mg CAPSULE[MO]	2	
indomethacin 75 mg CAPSULE, ER[MO]	2	
ketorolac 10 mg TABLET[MO]	2	QL(20 cada 30 días)
lurbipr 100 mg TABLET[MO]	2	
meloxicam 15 mg TABLET[MO]	1	QL(30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg TABLET[MO]	1	QL(60 cada 30 días)
methadone 10 mg TABLET[DL]	3	QL(240 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
methadone 10 mg/5 ml SOLUTION[DL]	3	QL(1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml CONCENTRATE[DL]	3	QL(360 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml SOLUTION[DL]	3	QL(360 cada 30 días)
methadone 5 mg TABLET[DL]	3	QL(480 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml SOLUTION[DL]	3	QL(3600 cada 30 días)
methadone intensol 10 mg/ml CONCENTRATE[DL]	3	QL(360 cada 30 días)
morphine 10 mg/5 ml (2 mg/ml) SOLUTION[DL]	3	QL(2700 cada 30 días)
morphine 100 mg TABLET ER[DL]	3	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg TABLET[DL]	3	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg, 60 mg TABLET ER[DL]	3	QL(120 cada 30 días)
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION[DL]	3	QL(1350 cada 30 días)
morphine 200 mg TABLET ER[DL]	3	QL(90 cada 30 días)
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) SOLUTION[DL]	3	QL(540 cada 30 días)
nabumetone 500 mg, 750 mg TABLET[MO]	1	
naproxen 250 mg, 375 mg TABLET[MO]	1	
naproxen 375 mg TABLET, DR/EC[MO]	1	
naproxen 500 mg TABLET[MO]	1	
naproxen sodium 275 mg, 550 mg TABLET[MO]	3	
oxycodone 10 mg, 5 mg TABLET[DL]	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 15 mg, 20 mg, 30 mg TABLET[DL]	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE[DL]	4	QL(270 cada 30 días)
oxycodone 5 mg CAPSULE[DL]	4	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION[DL]	3	QL(5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET[DL]	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET[DL]	3	QL(360 cada 30 días)
piroxicam 10 mg, 20 mg CAPSULE[MO]	3	
sulindac 150 mg, 200 mg TABLET[MO]	1	
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR.[DL]	3	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE[DL]	3	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 50 mg TABLET[DL]	2	QL(240 cada 30 días)
ANESTÉSICOS		
bupivacaine (pf) 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml), 0.75 % (7.5 mg/ml) SOLUTION[MO]	1	
bupivacaine hcl 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml) SOLUTION[MO]	1	
lidocaine 5 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED[MO]	4	QL(90 cada 30 días)
lidocaine 5 % OINTMENT[MO]	4	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR[MO]	2	
lidocaine hcl 2 % SOLUTION[MO]	2	
lidocaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000, 1 %-1:100,000, 2 %-1:100,000 SOLUTION[MO]	1	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % CREAM[MO]	4	
polocaine 1 % (10 mg/ml), 2 % SOLUTION[MO]	1	
polocaine-mpf 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %) SOLUTION[MO]	1	
ropivacaine (pf) 10 mg/ml (1 %), 2 mg/ml (0.2 %), 5 mg/ml (0.5 %), 7.5 mg/ml (0.75 %) SOLUTION[MO]	4	
ANSIOLÍTICOS		
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg TABLET[DL]	3	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg TABLET[DL]	3	QL(150 cada 30 días)
buspirone 10 mg, 5 mg TABLET[MO]	1	
buspirone 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET[MO]	1	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING[DL]	4	
clonazepam 0.25 mg, 2 mg TABLET[DL]	3	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET[DL]	3	
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET[DL]	4	
diazepam 10 mg TABLET[DL]	3	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg TABLET[DL]	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg TABLET[DL]	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) SOLUTION[DL]	4	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE[DL]	4	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE[DL]	4	QL(240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE[MO]	3	
doxepin 10 mg/ml CONCENTRATE[MO]	4	
hydroxyzine hcl 10 mg, 50 mg TABLET[MO]	3	
hydroxyzine hcl 25 mg TABLET[MO]	3	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET[DL]	2	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg TABLET[DL]	2	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE[DL]	3	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE[DL]	3	QL(150 cada 30 días)
ANTIBACTERIANOS		
acetic acid 2 % SOLUTION[MO]	2	
amikacin 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml SOLUTION[MO]	3	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
amoxicillin 125 mg, 250 mg CHEWABLE TABLET[MO]	1	
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION[MO]	1	
amoxicillin 250 mg CAPSULE[MO]	1	
amoxicillin 500 mg CAPSULE[MO]	1	
amoxicillin 500 mg TABLET[MO]	1	
amoxicillin 875 mg TABLET[MO]	1	
amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION[MO]	2	
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET[MO]	2	
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET[MO]	2	
ampicillin 500 mg CAPSULE[MO]	1	
ampicillin sodium 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION[MO]	3	
ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION[MO]	3	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION[DL]	5	PA,QL(235.2 cada 28 días)
azithromycin 1 gram PACKET[MO]	3	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION[MO]	3	
azithromycin 250 mg TABLET[MO]	2	
azithromycin 500 mg RECON SOLUTION[MO]	2	
azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET[MO]	2	
aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION[MO]	4	
bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION[MO]	1	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE[MO]	4	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE[MO]	4	
cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE[MO]	2	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION[MO]	2	
cefadroxil 500 mg CAPSULE[MO]	2	
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 3 gram, 500 mg RECON SOLUTION[MO]	2	
CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION[MO]	2	
cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml, 3 gram/50 ml PIGGYBACK[MO]	3	
CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) 3 GRAM/150 ML PIGGYBACK[MO]	3	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION*MO	2	
*cefdinir 300 mg CAPSULE*MO	2	
*cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION*MO	3	
*cefepime in dextrose 5 % 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK*MO	3	
*cefepime in dextrose,iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK*MO	3	
*cefixime 400 mg CAPSULE*MO	4	
*cefixime 400 mg TABLET*MO	4	
*cefotetan 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION*MO	4	
*cefoxitin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION*MO	3	
*cefoxitin in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK*MO	3	
*cefpodoxime 100 mg, 200 mg TABLET*MO	3	
*cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION*MO	3	
*cefprozil 250 mg, 500 mg TABLET*MO	2	
*ceftaroline fosamil 400 mg, 600 mg RECON SOLUTION*DL	5	
*ceftazidime 1 gram, 2 gram, 6 gram RECON SOLUTION*MO	4	
*ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION*MO	2	
*ceftriaxone in dextrose,iso-os 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK*MO	3	
*cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg TABLET*MO	2	
*cefuroxime sodium 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg RECON SOLUTION*MO	1	
*cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION*MO	2	
*cephalexin 250 mg CAPSULE*MO	1	
*cephalexin 500 mg CAPSULE*MO	1	
*ciprofloxacin hcl 100 mg TABLET*MO	4	
*ciprofloxacin hcl 250 mg, 750 mg TABLET*MO	1	
*ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET*MO	1	
*ciprofloxacin in 5 % dextrose 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK*MO	2	
*clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION*MO	3	
*clarithromycin 250 mg, 500 mg TABLET*MO	2	
*clarithromycin 500 mg TABLET, ER 24 HR.*MO	2	
*clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg CAPSULE*MO	2	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
clindamycin in 0.9 % sod chlor 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK[MO]	3	
clindamycin in 5 % dextrose 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK[MO]	3	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5 ml RECON SOLUTION[MO]	4	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION[MO]	4	
clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION[MO]	3	
clindamycin phosphate 2 % CREAM[MO]	3	
colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION[MO]	4	
daptomycin 350 mg RECON SOLUTION[MO]	4	
daptomycin 500 mg RECON SOLUTION[DL]	5	
daptomycin in 0.9 % sod chlor 1,000 mg/100 ml, 350 mg/50 ml, 500 mg/50 ml, 700 mg/100 ml PIGGYBACK[MO]	4	
dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE[MO]	2	
DIFICID 200 MG TABLET[DL]	5	
doxy-100 100 mg RECON SOLUTION[MO]	4	
doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE[MO]	3	
doxycycline hyclate 100 mg TABLET[MO]	3	
doxycycline hyclate 20 mg TABLET[MO]	3	
doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE[MO]	3	
doxycycline monohydrate 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET[MO]	3	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE[MO]	2	
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION[MO]	4	
ertapenem 1 gram RECON SOLUTION[MO]	4	
ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION[MO]	4	
erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC[MO]	4	
erythromycin 250 mg, 333 mg, 500 mg TABLET, DR/EC[MO]	4	
erythromycin 250 mg, 500 mg TABLET[MO]	4	
erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION[DL]	5	
fidaxomicin 200 mg TABLET[DL]	5	
fosfomycin tromethamine 3 gram PACKET[MO]	4	
gentamicin 0.1 % CREAM[MO]	3	
gentamicin 0.1 % OINTMENT[MO]	3	
gentamicin 40 mg/ml SOLUTION[MO]	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/100 ml, 120 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml PIGGYBACK[MO]	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml PIGGYBACK[MO]	2	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
gentamicin sulfate (ped) (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION[MO]	1	
imipenem-cilastatin 250 mg RECON SOLUTION[MO]	3	
imipenem-cilastatin 500 mg RECON SOLUTION[MO]	4	
levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION[MO]	4	
levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET[MO]	2	
levofloxacin 500 mg TABLET[MO]	2	
levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK[MO]	3	
linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION[DL]	5	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg TABLET[MO]	4	QL(60 cada 30 días)
linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK[MO]	4	
linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION[MO]	4	
meropenem 1 gram, 500 mg RECON SOLUTION[MO]	3	
meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK[MO]	3	
methenamine hippurate 1 gram TABLET[MO]	3	
metronidazole 0.75 % (37.5mg/5 gram) GEL[MO]	3	
metronidazole 0.75 % CREAM[MO]	4	
metronidazole 0.75 % LOTION[MO]	4	
metronidazole 0.75 %, 1 % GEL[MO]	4	
metronidazole 1 % GEL WITH PUMP[MO]	4	
metronidazole 250 mg, 500 mg TABLET[MO]	2	
metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK[MO]	2	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE[MO]	2	
mondoxyne nl 100 mg CAPSULE[MO]	2	
moxifloxacin 400 mg TABLET[MO]	3	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 400 mg/250 ml PIGGYBACK[MO]	4	
nafcillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION[MO]	4	
nafcillin in dextrose iso-osm 2 gram/100 ml PIGGYBACK[DL]	5	
neomycin 500 mg TABLET[MO]	3	
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg, 50 mg CAPSULE[MO]	3	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE[MO]	3	
ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET[MO]	2	
oxacillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION[MO]	4	
oxacillin in dextrose(iso-osm) 2 gram/50 ml PIGGYBACK[MO]	4	
penicillin g pot in dextrose 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml PIGGYBACK[MO]	4	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
penicillin g potassium 20 million unit RECON SOLUTION[MO]	4	
penicillin g potassium 5 million unit RECON SOLUTION[MO]	3	
penicillin g sodium 5 million unit RECON SOLUTION[MO]	4	
penicillin v potassium 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml RECON SOLUTION[MO]	2	
penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET[MO]	1	
piperacillin-tazobactam 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram RECON SOLUTION[MO]	3	
polymyxin b sulfate 500,000 unit RECON SOLUTION[MO]	3	
PRIMSOL 50 MG/5 ML SOLUTION[MO]	4	
streptomycin 1 gram RECON SOLUTION[DL]	5	
sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT[MO]	2	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % SUSPENSION[MO]	4	QL(118 cada 30 días)
sulfadiazine 500 mg TABLET[MO]	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION[MO]	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg TABLET[MO]	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml SOLUTION[MO]	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET[MO]	1	
TEFLARO 400 MG, 600 MG RECON SOLUTION[DL]	5	
tigecycline 50 mg RECON SOLUTION[MO]	4	
tinidazole 250 mg, 500 mg TABLET[MO]	3	
tobramycin in 0.225 % nacl 300 mg/5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION[DL]	5	BvsD
tobramycin sulfate 10 mg/ml, 40 mg/ml SOLUTION[MO]	1	
trimethoprim 100 mg TABLET[MO]	2	
vancomycin 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 1.75 gram, 10 gram, 2 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION[MO]	4	
vancomycin 125 mg CAPSULE[MO]	4	QL(120 cada 30 días)
vancomycin 250 mg CAPSULE[MO]	4	QL(240 cada 30 días)
vancomycin in 0.9 % sodium chl 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK[MO]	4	
vancomycin in dextrose 5 % 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK[MO]	4	
VANCOMYCIN IN DEXTROSE 5 % 1.25 GRAM/250 ML, 1.5 GRAM/300 ML PIGGYBACK[MO]	4	
vancomycin-diluent combo no.1 1 gram/200 ml, 1.25 gram/250 ml, 1.5 gram/300 ml, 1.75 gram/350 ml, 2 gram/400 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK[MO]	4	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ANTICONVULSIVOS		
brivaracetam 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
brivaracetam 10 mg/ml SOLUTION[MO]	4	PA,QL(600 cada 30 días)
brivaracetam 50 mg/5 ml SOLUTION[MO]	4	PA
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION[DL]	5	PA,QL(600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML SOLUTION[DL]	5	PA
carbamazepine 100 mg, 200 mg CHEWABLE TABLET[MO]	2	
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR.[MO]	4	
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 400 mg TABLET, ER 12 HR.[MO]	4	
carbamazepine 100 mg/5 ml, 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml SUSPENSION[MO]	4	
carbamazepine 200 mg TABLET[MO]	2	
clobazam 10 mg, 20 mg TABLET[DL]	4	PA
clobazam 2.5 mg/ml SUSPENSION[DL]	4	PA
DIACOMIT 250 MG, 500 MG CAPSULE[DL]	5	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG, 500 MG POWDER IN PACKET[DL]	5	PA,QL(180 cada 30 días)
diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg KIT[DL]	4	
DILANTIN 30 MG CAPSULE[MO]	4	
divalproex 125 mg CAPSULE, DR SPRINKLE[MO]	3	
divalproex 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DR/EC[MO]	2	
divalproex 250 mg, 500 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	3	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION[DL]	5	PA
epitol 200 mg TABLET[MO]	2	
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION[MO]	4	PA,QL(480 cada 30 días)
eslicarbazepine 200 mg, 400 mg TABLET[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
eslicarbazepine 600 mg, 800 mg TABLET[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ethosuximide 250 mg CAPSULE[MO]	3	
ethosuximide 250 mg/5 ml SOLUTION[MO]	4	
felbamate 400 mg, 600 mg TABLET[MO]	4	PA
felbamate 600 mg/5 ml SUSPENSION[MO]	4	PA
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION[DL,LA]	5	PA,QL(360 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION[MO]	3	
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION[DL]	5	PA,QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET[MO]	4	PA,QL(30 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE[MO]	2	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) SOLUTION[MO]	4	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 600 mg, 800 mg TABLET[MO]	2	QL(180 cada 30 días)
lacosamide 10 mg/ml SOLUTION[MO]	4	QL(1395 cada 30 días)
lacosamide 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET[MO]	4	QL(60 cada 30 días)
lacosamide 200 mg/20 ml SOLUTION[DL]	5	
lamotrigine 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET[MO]	1	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	4	
lamotrigine 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK[MO]	4	
lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE[MO]	2	
levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET[MO]	2	
levetiracetam 100 mg/ml SOLUTION[MO]	2	
levetiracetam 250 mg TABLET FOR SUSPENSION[MO]	4	ST,QL(360 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg TABLET[MO]	2	
levetiracetam 500 mg TABLET FOR SUSPENSION[MO]	4	ST,QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	2	QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION[MO]	4	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml SOLUTION[MO]	4	
levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	2	QL(120 cada 30 días)
levetiracetam in nacl (iso-os) 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml PIGGYBACK[MO]	2	
LIBERVANT 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG FILM[DL]	5	QL(10 cada 30 días)
methsuximide 300 mg CAPSULE[MO]	4	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL[DL]	4	QL(10 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET[MO]	3	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION[MO]	4	
perampanel 0.5 mg/ml SUSPENSION[DL]	5	PA,QL(680 cada 28 días)
perampanel 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg TABLET[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
perampanel 2 mg TABLET[MO]	4	PA,QL(30 cada 30 días)
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET[MO]	3	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET[MO]	3	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR[MO]	4	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg TABLET[MO]	3	QL(300 cada 30 días)
phenytoin 125 mg/5 ml SUSPENSION[MO]	2	
phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET[MO]	2	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
phenytoin sodium 50 mg/ml SOLUTION[MO]	4	
phenytoin sodium 50 mg/ml SYRINGE[MO]	4	
phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE[MO]	2	
primidone 125 mg, 250 mg, 50 mg TABLET[MO]	2	
roweepra 500 mg TABLET[MO]	1	
rufinamide 200 mg TABLET[MO]	4	PA,QL(480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION	5	PA,QL(2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg TABLET[MO]	4	PA,QL(240 cada 30 días)
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR SUSPENSION[MO]	4	ST,QL(90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR SUSPENSION[MO]	4	ST,QL(360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR SUSPENSION[MO]	4	ST,QL(180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION[MO]	4	ST,QL(120 cada 30 días)
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION[DL]	4	
subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET[MO]	1	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK[MO]	4	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK[MO]	4	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK[MO]	4	
SYMPAZAN 10 MG, 20 MG FILM[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SYMPAZAN 5 MG FILM[DL]	4	PA,QL(60 cada 30 días)
tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET[MO]	4	
topiramate 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg TABLET[MO]	2	
topiramate 15 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE, SPRINKLE[MO]	3	
topiramate 25 mg/ml SOLUTION[MO]	4	PA,QL(480 cada 30 días)
valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION[MO]	3	
valproic acid 250 mg CAPSULE[MO]	2	
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) SOLUTION[MO]	1	
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL[DL]	5	QL(10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET[DL]	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg TABLET[DL]	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg POWDER IN PACKET[DL]	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg TABLET[DL]	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION[DL]	5	PA,QL(600 cada 25 días)
vigpoder 500 mg POWDER IN PACKET[DL]	5	PA,QL(180 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
XCOPRI 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) TABLET**DL**	5	PA,QL(56 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK**MO**	4	PA,QL(28 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) TABLET, DOSE PACK**DL**	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION**MO**	4	PA,QL(900 cada 30 días)
*zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE***MO**	2	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION**DL**	5	PA,QL(1080 cada 30 días)
ANTIDEPRESIVOS		
*amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET***MO**	4	
*amitriptyline 25 mg TABLET***MO**	4	
*amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg TABLET***MO**	3	
AUVELITY 30 MG-105 MG /45 MG-105 MG tablet,IR ER biphasic,dosepack**MO**	4	ST
AUVELITY 45-105 MG TABLET, IR/ER, BIPHASIC**MO**	4	ST,QL(60 cada 30 días)
*bupropion hcl 100 mg TABLET, SR 12 HR.***MO**	3	QL(120 cada 30 días)
*bupropion hcl 100 mg, 75 mg TABLET***MO**	3	QL(180 cada 30 días)
*bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR.***MO**	3	QL(90 cada 30 días)
*bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR.***MO**	3	QL(90 cada 30 días)
*bupropion hcl 200 mg TABLET, SR 12 HR.***MO**	3	QL(60 cada 30 días)
*bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR.***MO**	3	QL(60 cada 30 días)
*citalopram 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET***MO**	1	
*citalopram 10 mg/5 ml SOLUTION***MO**	2	
*clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE***MO**	4	
*desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET***MO**	4	
*desvenlafaxine succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR.***MO**	3	QL(30 cada 30 días)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR PATCH, 24 HR.**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
*escitalopram oxalate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET***MO**	1	
*escitalopram oxalate 15 mg CAPSULE***MO**	4	
*escitalopram oxalate 5 mg/5 ml SOLUTION***MO**	4	QL(600 cada 30 días)
EXXUA 18.2 MG (32 TABS) TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK**DL**	5	PA
EXXUA 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG TABLET, ER 24 HR.**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, ER 24 HR.**MO**	4	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)- 40 MG (26) CAPSULE, ER 24 HR.**MO**	4	PA,QL(28 cada 28 días)
*fluoxetine 10 mg CAPSULE***MO**	1	QL(60 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fluoxetine 10 mg TABLET[MO]	2	QL(240 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg CAPSULE[MO]	1	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg TABLET[MO]	2	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION[MO]	2	
fluoxetine 40 mg CAPSULE[MO]	1	QL(90 cada 30 días)
fluoxetine 60 mg TABLET[MO]	2	QL(30 cada 30 días)
fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET[MO]	2	QL(90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg TABLET[MO]	3	
MARPLAN 10 MG TABLET[MO]	4	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET[MO]	2	
mirtazapine 45 mg TABLET[MO]	2	
nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET[MO]	3	
nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE[MO]	4	
nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION[MO]	4	
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg TABLET[MO]	2	
paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION[MO]	4	
paroxetine hcl 12.5 mg, 37.5 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	4	QL(60 cada 30 días)
paroxetine hcl 25 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	4	QL(90 cada 30 días)
phenelzine 15 mg TABLET[MO]	2	
protriptyline 10 mg, 5 mg TABLET[MO]	4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION[DL]	5	
sertraline 100 mg TABLET[MO]	1	QL(60 cada 30 días)
sertraline 20 mg/ml CONCENTRATE[MO]	4	
sertraline 25 mg, 50 mg TABLET[MO]	1	QL(90 cada 30 días)
tranylcypromine 10 mg TABLET[MO]	4	
trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET[MO]	1	
trazodone 25 mg, 300 mg, 75 mg TABLET[MO]	2	
trimipramine 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE[MO]	4	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET[MO]	4	ST,QL(30 cada 30 días)
venlafaxine 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg TABLET[MO]	2	
venlafaxine 150 mg CAPSULE, ER 24 HR.[MO]	2	QL(60 cada 30 días)
venlafaxine 37.5 mg CAPSULE, ER 24 HR.[MO]	2	QL(90 cada 30 días)
venlafaxine 75 mg CAPSULE, ER 24 HR.[MO]	2	QL(90 cada 30 días)
vilazodone 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET[MO]	4	PA,QL(30 cada 30 días)
ZURZUVAE 20 MG, 25 MG CAPSULE[DL]	5	PA,QL(28 cada 365 días)
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE[DL]	5	PA,QL(14 cada 365 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ANTIEMÉTICOS		
aprepitant 125 mg (1)- 80 mg (2) CAPSULE, DOSE PACK[MO]	4	BvsD
aprepitant 125 mg CAPSULE	5	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 40 mg CAPSULE[MO]	4	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 80 mg CAPSULE[MO]	4	BvsD,QL(4 cada 28 días)
compro 25 mg SUPPOSITORY[MO]	4	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE[MO]	4	BvsD,QL(120 cada 30 días)
granisetron hcl 1 mg TABLET[MO]	2	BvsD,QL(28 cada 28 días)
meclizine 12.5 mg TABLET[MO]	2	
meclizine 25 mg TABLET[MO]	2	
metoclopramide hcl 10 mg, 5 mg TABLET[MO]	1	
ondansetron 4 mg, 8 mg TABLET, DISINTEGRATING[MO]	2	BvsD
ondansetron hcl 2 mg/ml SOLUTION[MO]	4	
ondansetron hcl 4 mg TABLET[MO]	1	BvsD
ondansetron hcl 4 mg/5 ml SOLUTION[MO]	4	BvsD,QL(450 cada 30 días)
ondansetron hcl 8 mg TABLET[MO]	1	BvsD
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SOLUTION[MO]	4	
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SYRINGE[MO]	4	
prochlorperazine 25 mg SUPPOSITORY[MO]	4	
prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml SOLUTION[MO]	4	
prochlorperazine maleate 10 mg, 5 mg TABLET[MO]	1	BvsD
promethazine 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET[MO]	4	
scopolamine base 1 mg over 3 days PATCH, 3 DAY[MO]	4	QL(10 cada 30 días)
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION[MO]	3	BvsD
amphotericin b 50 mg RECON SOLUTION[MO]	2	BvsD
amphotericin b liposome 50 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION[DL]	5	BvsD
caspofungin 50 mg, 70 mg RECON SOLUTION[MO]	4	
ciclodan 8 % SOLUTION[MO]	2	QL(13.2 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % CREAM[MO]	2	QL(90 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % GEL[MO]	4	QL(100 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % SUSPENSION[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
ciclopirox 8 % SOLUTION[MO]	2	QL(13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1 % CREAM[MO]	2	
clotrimazole 1 % SOLUTION[MO]	2	
clotrimazole 10 mg TROCHE[MO]	2	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM*MO	3	QL(180 cada 30 días)
*clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION*MO	3	QL(90 cada 28 días)
CRESEMBA 186 MG, 74.5 MG CAPSULEDL	5	PA
*fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION*MO	3	
*fluconazole 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET*MO	2	
*fluconazole 150 mg TABLET*MO	2	
*fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK*MO	2	
*flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE*DL	5	
*griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION*MO	3	
*griseofulvin microsize 500 mg TABLET*MO	4	
*griseofulvin ultramicrosize 125 mg, 250 mg TABLET*MO	4	
*itraconazole 100 mg CAPSULE*MO	4	QL(120 cada 30 días)
*ketoconazole 2 % CREAM*MO	2	QL(60 cada 30 días)
*ketoconazole 2 % SHAMPOO*MO	2	QL(120 cada 30 días)
*ketoconazole 200 mg TABLET*MO	4	PA
*klayesta 100,000 unit/gram POWDER*MO	4	
*micafungin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION*MO	4	
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL 100 MG/100 ML, 150 MG/150 ML, 50 MG/50 ML PIGGYBACKDL	5	
*micafungin in 0.9 % sodium chl 150 mg/150 ml PIGGYBACK*DL	5	
*miconazole-3 200 mg SUPPOSITORY*MO	3	
*nyamyc 100,000 unit/gram POWDER*MO	4	
*nystatin 100,000 unit/gram CREAM*MO	2	
*nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT*MO	2	
*nystatin 100,000 unit/gram POWDER*MO	4	
*nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION*MO	2	
*nystatin 500,000 unit TABLET*MO	2	
*nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM*MO	4	
*nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/gram-% OINTMENT*MO	4	
*nystop 100,000 unit/gram POWDER*MO	4	
*posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC*DL	5	PA
*posaconazole 300 mg/16.7 ml SOLUTION*DL	5	PA
*terbinafine hcl 250 mg TABLET*MO	1	
*terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM*MO	2	
*terconazole 80 mg SUPPOSITORY*MO	3	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
voriconazole 10 mg/ml SOLUTION[MO]	4	
voriconazole 200 mg RECON SOLUTION[MO]	4	
voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET[MO]	3	QL(120 cada 30 días)
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION[DL]	5	QL(400 cada 30 días)
voriconazole-hpbcd 200 mg RECON SOLUTION[MO]	4	
ANTIMICOBACTERIANOS		
dapsone 100 mg, 25 mg TABLET[MO]	3	
ethambutol 100 mg, 400 mg TABLET[MO]	2	
isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET[MO]	1	
isoniazid 100 mg/ml SOLUTION[MO]	1	
isoniazid 50 mg/5 ml SOLUTION[MO]	3	
PRIFTIN 150 MG TABLET[MO]	4	
pyrazinamide 500 mg TABLET[MO]	4	
rifabutin 150 mg CAPSULE[MO]	4	
rifampin 150 mg, 300 mg CAPSULE[MO]	3	
rifampin 600 mg RECON SOLUTION[MO]	4	
rifapentine 150 mg TABLET[MO]	4	
SIRTURO 100 MG, 20 MG TABLET[DL]	5	PA
TRECATOR 250 MG TABLET[MO]	4	
ANTINEOPLÁSICOS		
abiraterone 250 mg TABLET[DL]	5	PA,QL(120 cada 30 días)
abirtega 250 mg TABLET[MO]	4	PA,QL(120 cada 30 días)
afatinib 20 mg, 30 mg, 40 mg TABLET[DL,LA]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
AKEEGA 100-500 MG, 50-500 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ALECENSA 150 MG CAPSULE[DL]	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
anastrozole 1 mg TABLET[MO]	1	QL(30 cada 30 días)
ANKTIVA 400 MCG/0.4 ML SOLUTION[DL]	5	PA
AUGTYRO 160 MG CAPSULE[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUGTYRO 40 MG CAPSULE[DL]	5	PA,QL(240 cada 30 días)
AVMAPKI-FAKZYNJA 0.8-200 MG COMBO PACK[DL]	5	PA,QL(66 cada 28 días)
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
azacitidine 100 mg RECON SOLUTION[DL]	5	PA
BALVERSA 3 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(90 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BALVERSA 4 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BAVENCIO 20 MG/ML SOLUTION**DL**	5	PA
BEQALZI 1 MG, 20 MG, 5 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BEQALZI 80 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BEQALZI STARTER PACK 1-5-20-80 MG TABLET, DOSE PACK**DL**	5	PA,QL(44 cada 28 días)
*bexarotene 1 % GEL***DL**	5	PA,QL(240 cada 30 días)
*bexarotene 75 mg CAPSULE***DL**	5	PA,QL(300 cada 30 días)
*bicalutamide 50 mg TABLET***MO**	2	QL(30 cada 30 días)
BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION**MO**	4	PA
*bortezomib 1 mg, 2.5 mg, 3.5 mg RECON SOLUTION***MO**	4	PA
BOSULIF 100 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
BOSULIF 100 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BOSULIF 50 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(360 cada 30 días)
*bosutinib 100 mg TABLET***DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
*bosutinib 400 mg, 500 mg TABLET***DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
BRUKINSA 160 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
CAVHANZA 60 MG, 80 MG TABLET, DISINTEGRATING**DL**	5	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE**DL**	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE**DL**	5	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE**DL**	5	PA,QL(84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COTELLIC 20 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(63 cada 28 días)
*cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE***MO**	4	BvsD
*cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET***MO**	3	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION**DL**	5	PA
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION**DL**	5	PA,QL(120 cada 28 días)
DANZITEN 71 MG, 95 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION**DL**	5	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION**DL**	5	PA

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dasatinib 100 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg TABLET[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
dasatinib 140 mg TABLET[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
dasatinib 20 mg TABLET[DL]	5	PA,QL(90 cada 30 días)
DAURISMO 100 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
decitabine 50 mg RECON SOLUTION[DL]	5	PA
EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION[DL]	5	PA
ENSACOVE 100 MG CAPSULE[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ENSACOVE 25 MG CAPSULE[DL]	5	PA,QL(270 cada 30 días)
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION[DL]	5	PA
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE[DL]	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 240 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ERLEADA 60 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET[DL]	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ETCAMAH 75 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(56 cada 28 días)
EULEXIN 125 MG CAPSULE[DL]	5	PA
EVDI 1 MG/20 ML (0.05 MG/ML) SOLUTION[DL]	5	PA
everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION[DL]	5	PA
exemestane 25 mg TABLET[MO]	4	QL(60 cada 30 días)
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION[MO]	2	BvsD
FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG CAPSULE[DL]	5	PA,QL(21 cada 28 días)
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE[DL]	5	PA,QL(84 cada 28 días)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE[DL]	5	PA,QL(21 cada 28 días)
GAVRETO 100 MG CAPSULE[DL,LA]	5	PA,QL(120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION[DL]	5	PA,QL(120 cada 28 días)
gefitinib 250 mg TABLET[DL]	5	PA
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET[DL,LA]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE[MO]	4	PA
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE[DL]	5	PA
GLEOSTINE 40 MG CAPSULE	5	PA
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR SUSPENSION[DL]	5	PA
GOMEKLI 1 MG, 2 MG CAPSULE[DL]	5	PA
HERNEXEOS 60 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(180 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
hydroxyurea 500 mg CAPSULE[MO]	1	
HYRNUO 10 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(120 cada 30 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE[DL]	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBTROZI 200 MG CAPSULE[DL]	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
imatinib 100 mg TABLET[MO]	4	PA,QL(90 cada 30 días)
imatinib 400 mg TABLET[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE[DL]	5	PA,QL(120 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG, 280 MG TABLET[DL]	5	PA
IMBRUVICA 420 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE[DL]	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION[DL]	5	PA
IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION[DL]	5	PA
IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION[DL]	5	PA
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION[DL]	5	PA,QL(300 cada 30 días)
INLEXZO 225 MG IMPLANT[DL]	5	PA
INLURIYO 200 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(84 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(120 cada 30 días)
INQOVI 35-100 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE[DL]	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ITOVEBI 3 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(56 cada 28 días)
ITOVEBI 9 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IWILFIN 192 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(240 cada 30 días)
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
JAKAFI XR 11 MG, 22 MG, 33 MG, 44 MG, 55 MG TABLET, ER 24 HR.[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
JAYPIRCA 100 MG, 50 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(90 cada 30 días)
JEMPERLI 50 MG/ML SOLUTION	5	PA,QL(20 cada 42 días)
JIDEYTRO 100 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
JIDEYTRO 25 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(90 cada 30 días)
KANJINTI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION[DL]	5	PA
KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION[DL]	5	PA
KEYTRUDA QLEX 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML SOLUTION[DL]	5	PA

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET**DL**	5	PA,QL(21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET**DL**	5	PA,QL(42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET**DL**	5	PA,QL(63 cada 28 días)
KOMZIFTI 200 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
KOSELUGO 5 MG CAPSULE, SPRINKLE**DL**	5	PA,QL(600 cada 30 días)
KOSELUGO 7.5 MG CAPSULE, SPRINKLE**DL**	5	PA,QL(360 cada 30 días)
KRAZATI 200 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
*lapatinib 250 mg TABLET***DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
LAZCLUZE 240 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LAZCLUZE 80 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
*lenalidomide 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE***DL**	5	PA,QL(28 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LENVIMA 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1) CAPSULE**DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LENVIMA 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2) CAPSULE**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
*letrozole 2.5 mg TABLET***MO**	1	QL(30 cada 30 días)
*leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET***MO**	4	
*leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION***MO**	3	
*leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION***MO**	3	
LEUKERAN 2 MG TABLET**DL**	5	
*levoleucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION***MO**	4	PA
*levoleucovorin calcium 50 mg RECON SOLUTION***MO**	4	PA
LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION**DL**	5	PA,QL(7 cada 21 días)
LIFYORLI 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X2) CAPSULE**DL**	5	PA
*lomustine 10 mg CAPSULE***MO**	4	PA
*lomustine 100 mg, 40 mg CAPSULE***DL**	5	PA
LONSURF 15-6.14 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20-8.19 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(80 cada 30 días)
LOQTORZI 240 MG/6 ML (40 MG/ML) SOLUTION**DL**	5	PA
LORBRENA 100 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMAKRAS 120 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(240 cada 30 días)
LUMAKRAS 240 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
LUMAKRAS 320 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
LYSODREN 500 MG TABLET**DL**	5	
LYTGOBI 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) TABLET**DL**	5	PA,QL(140 cada 28 días)
MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION**DL**	5	PA
MATULANE 50 MG CAPSULE**DL**	5	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLUTION**DL**	5	PA,QL(1170 cada 28 días)
MEKINIST 0.5 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
*mercaptopurine 20 mg/ml SUSPENSION***DL**	5	
*mercaptopurine 50 mg TABLET***MO**	3	
*mesna 400 mg TABLET***DL**	5	
*mitomycin 20 mg, 5 mg RECON SOLUTION***MO**	4	
*mitomycin 40 mg RECON SOLUTION***DL**	5	
MODEYSO 125 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(20 cada 28 días)
MVASI 25 MG/ML SOLUTION**DL**	5	PA
NERLYNX 40 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
*nilotinib d-tartrate 150 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE***DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
*nilotinib hcl 150 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE***DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
*nilutamide 150 mg TABLET***DL**	5	QL(60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUBEQA 300 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OGSIVEO 100 MG, 150 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OGSIVEO 50 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
OJEMDA 25 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION**DL**	5	PA,QL(96 cada 28 días)
OJEMDA 400 MG/WEEK (100 MG X 4) TABLET**DL**	5	PA,QL(16 cada 28 días)
OJEMDA 500 MG/WEEK (100 MG X 5) TABLET**DL**	5	PA,QL(20 cada 28 días)
OJEMDA 600 MG/WEEK (100 MG X 6) TABLET**DL**	5	PA,QL(24 cada 28 días)
OJJAARA 100 MG, 150 MG, 200 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION**DL**	5	PA,QL(40 cada 28 días)
OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION**DL**	5	PA,QL(48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION**DL**	5	PA,QL(16 cada 28 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
OPDIVO QVANTIG 300 MG-5,000 UNIT/2.5 ML, 600 MG-10,000 UNIT/5 ML SOLUTION**DL**	5	PA,QL(10 cada 28 días)
OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION**DL**	5	PA,QL(40 cada 28 días)
ORGOVYX 120 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(32 cada 30 días)
ORSERDU 345 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ORSERDU 86 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PANRETIN 0.1 % GEL**DL**	5	PA
*pazopanib 200 mg TABLET***DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
*pazopanib 400 mg TABLET***DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION**DL**	5	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET**DL**	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET**DL**	5	PA,QL(56 cada 28 días)
*pomalidomide 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg CAPSULE***DL**	5	PA,QL(21 cada 28 días)
POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION**DL**	5	PA
PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION**DL**	5	
QINLOCK 50 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RASONQUE 100 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
RASONQUE 150 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RETEVMO 120 MG, 160 MG, 80 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
REVUFORJ 110 MG, 160 MG, 25 MG TABLET**DL**	5	PA
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION**DL**	5	PA
ROMVIMZA 14 MG, 20 MG, 30 MG CAPSULE**DL**	5	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET**DL**	5	PA,QL(360 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION**DL**	5	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION**DL**	5	PA,QL(784 cada 365 días)
RYBREVANT FASPRO 1,600 MG-20,000 UNIT/10 ML, 2,240 MG-28,000 UNIT/14 ML, 2,400 MG-30,000 UNIT/15 ML, 3,520 MG-44,000 UNIT/22 ML SOLUTION**DL**	5	PA
RYDAPT 25 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(224 cada 28 días)
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION**DL**	5	PA
SARCLISA ESCENA 1,400 MG/10 ML SOLUTION**DL**	5	PA

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SCEMBLIX 100 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
SCEMBLIX 20 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION**DL**	5	
*sorafenib 200 mg TABLET***DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(84 cada 28 días)
*sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE***DL**	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TABLOID 40 MG TABLET**MO**	4	
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(112 cada 28 días)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION**DL**	5	PA,QL(840 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
*tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET***MO**	1	
TAZVERIK 200 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION**DL**	5	PA,QL(20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION**DL**	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TECENTRIQ HYBREZA 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION**DL**	5	PA,QL(15 cada 21 días)
TEPMETKO 225 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
TEVIMBRA 10 MG/ML SOLUTION**DL**	5	PA,QL(20 cada 21 días)
THALOMID 100 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
THALOMID 50 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(240 cada 30 días)
TIBSOVO 250 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
*toremifene 60 mg TABLET***DL**	5	QL(30 cada 30 días)
*torpenz 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET***DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TRAZIMERA 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION**DL**	5	PA
*tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE***DL**	5	
TRUQAP 160 MG, 200 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(64 cada 28 días)
TUKYSA 150 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(300 cada 30 días)
TURALIO 125 MG CAPSULE**DL,LA**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION**DL**	5	PA
UNLOXCYT 300 MG/5 ML (60 MG/ML) SOLUTION**DL**	5	PA
VALCHLOR 0.016 % GEL**DL**	5	PA,QL(60 cada 28 días)
*valrubicin 40 mg/ml SOLUTION***DL**	5	PA,QL(80 cada 28 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(56 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION**DL**	5	PA
VENCLEXTA 10 MG TABLET**MO**	3	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET	5	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK**DL**	5	PA,QL(42 cada 28 días)
VEPPANU 100 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
VEPPANU 200 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 100 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION**DL**	5	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VONJO 100 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
VORANIGO 10 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VORANIGO 40 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VYLOY 100 MG, 300 MG RECON SOLUTION**DL**	5	PA
XALKORI 150 MG PELLET**DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
XALKORI 20 MG PELLET**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 50 MG PELLET**DL**	5	PA,QL(240 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET**DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (10 MG X 4) TABLET**DL**	5	PA,QL(16 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 80 MG/WEEK (80 MG X 1) TABLET**DL**	5	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET**DL**	5	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET**DL**	5	PA,QL(32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) SOLUTION**DL**	5	PA
YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION**DL**	5	PA
*yulithira 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET***MO**	4	PA,QL(30 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ZENBEXUS 0.75 MG, 1 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(21 cada 28 días)
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION**DL**	5	PA
ZOLINZA 100 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ZYNYZ 500 MG/20 ML SOLUTION**DL**	5	PA,QL(20 cada 28 días)
ANTIPARASITARIOS		
*albendazole 200 mg TABLET***MO**	4	
*atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION***MO**	4	
*atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET***MO**	4	
*chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET***MO**	2	
COARTEM 20-120 MG TABLET**MO**	4	QL(24 cada 30 días)
*hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET***MO**	2	
*hydroxychloroquine 200 mg TABLET***MO**	2	
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE**DL**	5	QL(84 cada 28 días)
*ivermectin 3 mg, 6 mg TABLET***MO**	3	
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET**MO**	4	
*mefloquine 250 mg TABLET***MO**	2	
*nitazoxanide 500 mg TABLET***DL**	5	
*pentamidine 300 mg RECON SOLUTION***MO**	4	BvsD
*pentamidine 300 mg RECON SOLUTION***MO**	4	
*praziquantel 600 mg TABLET***MO**	4	
*primaquine 26.3 mg (15 mg base) TABLET***MO**	3	
*pyrimethamine 25 mg TABLET***DL**	5	QL(90 cada 30 días)
*quinine sulfate 324 mg CAPSULE***MO**	4	PA,QL(42 cada 7 días)
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(2.4 cada 56 días)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(3.2 cada 56 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, RECON**DL**	5	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE**DL**	5	QL(1 cada 28 días)
*aripiprazole 1 mg/ml SOLUTION***MO**	4	QL(750 cada 30 días)
*aripiprazole 10 mg, 15 mg TABLET, DISINTEGRATING***MO**	4	QL(60 cada 30 días)
*aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET***MO**	3	
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE**DL**	5	QL(1.6 cada 28 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE**DL**	5	QL(2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE**DL**	5	QL(3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE**DL**	5	QL(2.4 cada 42 días)
*asenapine maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg SUBLINGUAL TABLET***MO**	4	PA,QL(60 cada 30 días)
BYSANTI 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BYSANTI TITRATION PACK A 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK**DL**	4	PA
BYSANTI TITRATION PACK B 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2) TABLET, DOSE PACK**DL**	4	PA
BYSANTI TITRATION PACK C 1 MG(4)-2MG(2)- 6 MG (2) TABLET, DOSE PACK**DL**	4	PA
CAPLYTA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG CAPSULE**DL**	4	PA,QL(30 cada 30 días)
*chlorpromazine 10 mg, 25 mg TABLET***MO**	4	BvsD
*chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET***MO**	4	
*chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml CONCENTRATE***MO**	4	
*chlorpromazine 25 mg/ml SOLUTION***MO**	4	
*clozapine 100 mg TABLET***MO**	3	QL(270 cada 30 días)
*clozapine 100 mg TABLET, DISINTEGRATING***MO**	4	PA,QL(270 cada 30 días)
*clozapine 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING***MO**	4	PA
*clozapine 150 mg TABLET, DISINTEGRATING***MO**	4	PA,QL(180 cada 30 días)
*clozapine 200 mg TABLET***MO**	3	QL(135 cada 30 días)
*clozapine 200 mg TABLET, DISINTEGRATING***MO**	4	PA,QL(135 cada 30 días)
*clozapine 25 mg TABLET***MO**	3	QL(1080 cada 30 días)
*clozapine 25 mg TABLET, DISINTEGRATING***MO**	4	PA,QL(1080 cada 30 días)
*clozapine 50 mg TABLET***MO**	3	
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET**DL**	4	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT TITRATION PACK A 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK**MO**	4	PA,QL(56 cada 28 días)
FANAPT TITRATION PACK B 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2) TABLET, DOSE PACK**MO**	4	PA,QL(56 cada 28 días)
FANAPT TITRATION PACK C 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2) TABLET, DOSE PACK**MO**	4	PA,QL(56 cada 28 días)
*fluphenazine decanoate 25 mg/ml SOLUTION***MO**	4	
*fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET***MO**	4	
*fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml ELIXIR***MO**	3	
*fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION***MO**	4	
*fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE***MO**	4	
*haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET***MO**	2	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION[MO]	3	
haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE[MO]	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION[MO]	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE[MO]	2	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML SYRINGE	5	QL(3.5 cada 180 días)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE	5	QL(5 cada 180 días)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML SYRINGE[DL]	5	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE[DL]	5	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE[MO]	4	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE	5	QL(0.88 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE	5	QL(1.32 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE	5	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE	5	QL(2.63 cada 90 días)
loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE[MO]	4	
lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
lurasidone 80 mg TABLET[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
molindone 10 mg TABLET[MO]	4	QL(240 cada 30 días)
molindone 25 mg TABLET[MO]	4	QL(270 cada 30 días)
molindone 5 mg TABLET[MO]	4	QL(360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg RECON SOLUTION[MO]	3	
olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET[MO]	3	
olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
OPIPZA 10 MG FILM[DL]	5	PA,QL(90 cada 30 días)
OPIPZA 2 MG FILM[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OPIPZA 5 MG FILM[DL]	5	PA,QL(180 cada 30 días)
paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	4	QL(30 cada 30 días)
paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	4	QL(60 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET[MO]	4	
pimozide 1 mg, 2 mg TABLET[MO]	3	
quetiapine 100 mg TABLET[MO]	2	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET[MO]	2	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	3	QL(90 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
quetiapine 200 mg TABLET[MO]	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET[MO]	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET[MO]	2	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 50 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	3	QL(120 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON[MO]	4	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON[DL]	5	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET[MO]	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING[MO]	4	ST,QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET[MO]	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING[MO]	4	ST,QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml SOLUTION[MO]	2	
risperidone microspheres 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml SUSPENSION, ER, RECON[MO]	4	QL(2 cada 28 días)
risperidone microspheres 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml SUSPENSION, ER, RECON[DL]	5	QL(2 cada 28 días)
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR.[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET[MO]	2	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE[MO]	2	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET[MO]	2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION[DL]	5	PA,QL(540 cada 30 días)
VRAYLAR 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE[DL]	4	PA,QL(30 cada 30 días)
WELTRUZA 318 MG, 425 MG, 531 MG SUSPENSION, ER, RECON[DL]	5	QL(1 cada 28 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE[MO]	3	
ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION[MO]	4	
ZYPREXA 10 MG RECON SOLUTION[MO]	4	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION[MO]	4	QL(4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION[DL]	5	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION[DL]	5	QL(1 cada 28 días)
ANTIVIRALES		
abacavir 20 mg/ml SOLUTION[MO]	4	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg TABLET[MO]	4	QL(60 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET[MO]	4	QL(30 cada 30 días)
acyclovir 200 mg CAPSULE[MO]	2	
acyclovir 400 mg, 800 mg TABLET[MO]	1	
acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION[MO]	2	BvsD
adefovir 10 mg TABLET[MO]	4	
APTIVUS 250 MG CAPSULE[DL]	5	QL(120 cada 30 días)
atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE[MO]	4	QL(60 cada 30 días)
atazanavir 300 mg CAPSULE[MO]	4	QL(30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION[DL]	5	QL(630 cada 30 días)
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET[DL]	5	QL(30 cada 30 días)
BIXLENVO 75-50 MG TABLET[DL]	5	QL(30 cada 30 días)
BIXLENVO-SUNLENCA STARTER PACK 75 MG-50 MG /300 MG TABLET[DL]	5	QL(34 cada 30 días)
CABENUVA 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML SUSPENSION, ER[DL]	5	QL(50 cada 365 días)
cidofovir 75 mg/ml SOLUTION[DL]	5	
CIMDUO 300-300 MG TABLET[DL]	5	QL(30 cada 30 días)
darunavir 600 mg TABLET[MO]	4	QL(60 cada 30 días)
darunavir 800 mg TABLET[DL]	5	QL(30 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET[DL]	5	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 120-15 MG, 200-25 MG TABLET[DL]	5	QL(30 cada 30 días)
DOVATO 50-300 MG TABLET[DL]	5	QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET[DL]	5	QL(30 cada 30 días)
EDURANT PED 2.5 MG TABLET FOR SUSPENSION[DL]	5	QL(180 cada 30 días)
efavirenz 600 mg TABLET[MO]	4	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-emtricitabin-tenofov 600-200-300 mg TABLET[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-lamivu-tenofov disop 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET[DL]	5	QL(30 cada 30 días)
emtricita-rilpivirine-tenof df 200-25-300 mg TABLET[DL]	5	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg CAPSULE[MO]	4	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofovir (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET[MO]	4	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION[MO]	4	QL(680 cada 28 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET[MO]	4	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET[DL]	5	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET[DL]	5	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(28 cada 28 días)
etravirine 100 mg TABLET[DL]	5	QL(120 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
etravirine 200 mg TABLET[DL]	5	QL(60 cada 30 días)
EVOTAZ 300-150 MG TABLET[DL]	5	QL(30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET[MO]	2	QL(90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg TABLET[DL]	5	QL(120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG RECON SOLUTION[DL]	5	QL(60 cada 30 días)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET[DL]	5	QL(30 cada 30 días)
IDVYNSO 100-0.25 MG TABLET[DL]	5	QL(30 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET[MO]	4	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET[DL]	5	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET[MO]	4	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET[MO]	3	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET[DL]	5	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET[DL]	5	QL(60 cada 30 días)
JULUCA 50-25 MG TABLET[DL]	5	QL(30 cada 30 días)
KALETRA 400-100 MG/5 ML SOLUTION[DL]	5	
lamivudine 10 mg/ml SOLUTION[MO]	2	QL(900 cada 30 días)
lamivudine 100 mg TABLET[MO]	3	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg TABLET[MO]	2	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg TABLET[MO]	2	QL(30 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET[MO]	4	QL(60 cada 30 días)
LIVTENCITY 200 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(120 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET[MO]	4	QL(300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET[MO]	4	QL(150 cada 30 días)
maraviroc 150 mg TABLET[DL]	5	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg TABLET[DL]	5	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 200 mg TABLET[MO]	2	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	4	QL(30 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION[MO]	4	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET[MO]	4	QL(360 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET[DL]	5	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE[MO]	2	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg CAPSULE[MO]	2	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION[MO]	4	QL(1440 cada 365 días)
oseltamivir 75 mg CAPSULE[MO]	3	QL(112 cada 365 días)
PAXLOVID 150 MG (10)- 100 MG (10) TABLET, DOSE PACK[MO]	3	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 150 MG (6)- 100 MG (5) TABLET, DOSE PACK[MO]	3	QL(22 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK[MO]	3	QL(60 cada 10 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PIFELTRO 100 MG TABLET**DL**	5	QL(60 cada 30 días)
PREVYMIS 120 MG, 20 MG PELLETS IN PACKET**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
PREVYMIS 240 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PREVYMIS 480 MG TABLET**DL**	5	PA
PREZCOBIX 675-150 MG, 800-150 MG-MG TABLET**DL**	5	QL(30 cada 30 días)
PREZCOBIX PED 600-90 MG TABLET FOR SUSPENSION**DL**	5	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION**DL**	5	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET**DL**	5	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET**MO**	4	QL(480 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE**MO**	4	QL(60 cada 180 días)
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION**MO**	4	
REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET**MO**	4	
*ribavirin 200 mg CAPSULE***MO**	3	
*ribavirin 200 mg TABLET***MO**	3	
*rilpivirine hcl 25 mg TABLET***DL**	5	QL(30 cada 30 días)
*rimantadine 100 mg TABLET***MO**	3	
*ritonavir 100 mg TABLET***MO**	2	QL(360 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR.**DL**	5	QL(60 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION**DL**	5	QL(1800 cada 30 días)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET**DL**	5	QL(30 cada 30 días)
SUNLENCA 300 MG TABLET**DL**	5	QL(10 cada 365 días)
SUNLENCA 309 MG/ML SOLUTION	5	QL(9 cada 365 días)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET**DL**	5	QL(30 cada 30 días)
*tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET***MO**	2	QL(30 cada 30 días)
TIVICAY 50 MG TABLET**DL**	5	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION**DL**	5	QL(180 cada 30 días)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET**DL**	5	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION**MO**	4	QL(180 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION**DL**	5	
TYBOST 150 MG TABLET**MO**	3	QL(30 cada 30 días)
*valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET***MO**	3	
*valganciclovir 450 mg TABLET***MO**	3	QL(120 cada 30 días)
*valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION***DL**	5	QL(1056 cada 30 días)
VEMLIDY 25 MG TABLET**DL**	5	QL(30 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET**DL**	5	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET**DL**	5	QL(120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET**DL**	5	QL(30 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER**DL**	5	QL(240 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET**DL**	5	QL(30 cada 30 días)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(28 cada 28 días)
*zidovudine 10 mg/ml SYRUP***MO**	3	QL(1680 cada 28 días)
*zidovudine 100 mg CAPSULE***MO**	4	QL(180 cada 30 días)
*zidovudine 300 mg TABLET***MO**	3	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL**MO**	4	QL(5 cada 30 días)
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	BvsD
AMINOSYN II 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	BvsD
AMINOSYN-PF 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	BvsD
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) 7 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	BvsD
*bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP***MO**	2	
*c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE***MO**	4	
*calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SOLUTION***MO**	4	
*calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SYRINGE***MO**	4	
*calcium gluconate 100 mg/ml (10%) SOLUTION***MO**	2	
*carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE***DL**	5	PA
CHEMET 100 MG CAPSULE**DL**	5	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	BvsD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	BvsD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	BvsD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	BvsD

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	BvsD
CLINISOL SF 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	BvsD
CLINOLIPID 20 % EMULSION**MO**	4	BvsD
*complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK***MO**	2	
*d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION***MO**	1	
*d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION***MO**	1	
*d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION***MO**	2	
*d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION***MO**	2	
*deferasirox 180 mg, 360 mg TABLET***MO**	4	PA
*deferasirox 90 mg TABLET***MO**	3	PA
*dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION***MO**	1	
*dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION***MO**	1	
*dextrose 20 % in water (d20w) 20 % PARENTERAL SOLUTION***MO**	1	
*dextrose 25 % in water (d25w) SYRINGE***MO**	1	
*dextrose 30 % in water (d30w) PARENTERAL SOLUTION***MO**	1	
*dextrose 40 % in water (d40w) 40 % PARENTERAL SOLUTION***MO**	1	
*dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION***MO**	2	
*dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK***MO**	2	
*dextrose 5 %-lactated ringers PARENTERAL SOLUTION***MO**	1	
*dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION***MO**	1	
*dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION***MO**	1	
*dextrose 50 % in water (d50w) PARENTERAL SOLUTION***MO**	1	
*dextrose 50 % in water (d50w) SYRINGE***MO**	2	
*dextrose 70 % in water (d70w) PARENTERAL SOLUTION***MO**	2	
*electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION***MO**	4	
*electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION***MO**	1	
*electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION***MO**	4	
INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION**MO**	4	BvsD
IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	
ISOLYTE S PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	
ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	
JYNARQUE 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM) TABLET, SEQUENTIAL**DL**	5	PA,QL(56 cada 28 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
JYNARQUE 15 MG, 30 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
KABIVEN 3.31-10.8-3.9 % EMULSION**MO**	4	BvsD
*kionex 15 gram/60 ml SUSPENSION***MO**	3	
*klor-con 10 10 meq TABLET ER***MO**	2	
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER**MO**	2	
*klor-con 8 8 meq TABLET ER***MO**	2	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER**MO**	2	
*klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS***MO**	2	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS**MO**	2	
*klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS***MO**	2	
*lactated ringers PARENTERAL SOLUTION***MO**	1	
*levocarnitine 330 mg TABLET***MO**	2	
*levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION***MO**	3	
LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM POWDER IN PACKET**MO**	3	QL(30 cada 30 días)
*m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET***MO**	2	
*magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SOLUTION***MO**	1	
*magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SYRINGE***MO**	1	
*magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK***MO**	1	
*magnesium sulfate in water 2 gram/50 ml (4 %), 3 gram/100 ml (3 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %) PIGGYBACK***MO**	1	
*magnesium sulfate in water 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %) PARENTERAL SOLUTION***MO**	1	
*neo-vital rx 27 mg iron- 1 mg TABLET***MO**	2	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET**MO**	2	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET**MO**	2	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK**MO**	2	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	
NORMOSOL-R PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	
NORMOSOL-R PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	
NUTRILIPID 20 % EMULSION**MO**	4	BvsD
*one natal rx 27 mg iron- 1 mg TABLET***MO**	2	
*penicillamine 250 mg TABLET***DL**	5	
PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION**MO**	4	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	
PLENAMINE 15 % PARENTERAL SOLUTION**MO**	4	BvsD

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*potassium acetate 2 meq/ml SOLUTION*MO	1	
*potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION*MO	1	
*potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER*MO	2	
*potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER*MO	2	
*potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS*MO	2	
*potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS*MO	2	
*potassium chloride 15 meq, 8 meq TABLET ER*MO	2	
*potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION*MO	2	
*potassium chloride 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml LIQUID*MO	4	
*potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER*MO	2	
*potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION*MO	1	
*potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION*MO	1	
*potassium chloride in lr-d5 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION*MO	1	
*potassium chloride in water 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml PIGGYBACK*MO	2	
*potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION*MO	3	
*potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION*MO	1	
*potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION*MO	1	
*potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER*MO	3	
*pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK*MO	2	
*pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP*MO	2	
*pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK*MO	2	
*pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP*MO	2	
PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTIONMO	4	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLETMO	2	
PRENATABS FA 29-1 MG TABLETMO	4	
*prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET*MO	2	
*prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET*MO	2	
PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLETMO	2	
PROSOL 20 % PARENTERAL SOLUTIONMO	4	BvsD
*ringer's PARENTERAL SOLUTION*MO	1	
*se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET*MO	2	
SMOFLIPID 20 % EMULSIONMO	4	BvsD

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
sodium bicarbonate 50 meq/50 ml (8.4 %) SYRINGE[MO]	4	
sodium chloride 2.5 meq/ml SOLUTION[MO]	2	
sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION[MO]	2	
sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION[MO]	2	
sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK[MO]	2	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION[MO]	2	
sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION[MO]	1	
sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION[MO]	1	
sodium phosphate 3 mmol/ml SOLUTION[MO]	4	
sodium polystyrene sulfonate 15 gram POWDER[MO]	3	
sodium polystyrene sulfonate 15 gram/60 ml SUSPENSION[MO]	3	
SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION[MO]	3	
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION[MO]	4	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION[MO]	4	BvsD
trientine 250 mg CAPSULE[DL]	5	QL(240 cada 30 días)
trientine 500 mg CAPSULE[DL]	5	QL(120 cada 30 días)
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET[MO]	2	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION[MO]	4	BvsD
wesnatal dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK[MO]	2	
wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE[MO]	4	
westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET[MO]	2	
PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE[MO]	3	
cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET[MO]	2	
clopidogrel 300 mg TABLET[MO]	4	
clopidogrel 75 mg TABLET[MO]	1	QL(30 cada 30 días)
dabigatran etexilate 110 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE[MO]	4	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 0.5 MG, 1.5 MG (0.5 MG X 3), 2 MG (0.5 MG X 4) TABLET FOR SUSPENSION[MO]	3	ST,QL(592 cada 30 días)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET[MO]	3	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 5 MG (74 TABS) TABLET, DOSE PACK[MO]	3	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS SPRINKLE 0.15 MG CAPSULE, SPRINKLE[MO]	3	ST,QL(74 cada 30 días)
enoxaparin 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml SYRINGE[MO]	3	
enoxaparin 300 mg/3 ml SOLUTION[MO]	3	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
heparin (porcine) 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml SOLUTION[MO]	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml (1 ml) CARTRIDGE[MO]	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml SYRINGE[MO]	3	
heparin, porcine (pf) 1,000 unit/ml, 5,000 unit/0.5 ml SOLUTION[MO]	3	
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml SYRINGE[MO]	3	
jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET[MO]	1	
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE[DL]	5	PA
NIVESTYM 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML SOLUTION[DL]	5	PA
prasugrel hcl 10 mg, 5 mg TABLET[MO]	4	QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET[DL]	5	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 25 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET[DL]	5	PA,QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PROMACTA 75 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RETACRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML SOLUTION[MO]	4	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 40,000 UNIT/ML SOLUTION[DL]	5	PA,QL(14 cada 30 días)
rivaroxaban 1 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION[MO]	3	ST,QL(600 cada 30 días)
rivaroxaban 2.5 mg TABLET[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
ticagrelor 60 mg, 90 mg TABLET[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
tranexamic acid 650 mg TABLET[MO]	3	QL(30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE[DL]	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR[DL]	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR[DL]	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
warfarin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET[MO]	1	
warfarin 5 mg TABLET[MO]	1	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION[MO]	3	ST,QL(600 cada 30 días)
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK[MO]	3	QL(51 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE[DL]	5	PA
REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET[MO]	1	
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL[MO]	3	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dapagliflozin 10 mg, 5 mg TABLET[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
dapagliflozin-metformin 10-1,000 mg, 10-500 mg, 5-500 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
dapagliflozin-metformin 5-1,000 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION[DL]	5	
FARXIGA 10 MG, 5 MG TABLET[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN[CI,MO]	3	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE[CI,MO]	3	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION[CI,MO]	3	
glimepiride 1 mg TABLET[MO]	1	
glimepiride 2 mg, 4 mg TABLET[MO]	1	
glipizide 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	1	
glipizide 10 mg, 5 mg TABLET[MO]	1	
glipizide 15 mg, 2.5 mg TABLET[MO]	1	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET[MO]	1	
GLYXAMBI 10-5 MG, 25-5 MG TABLET[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN[CI,DL]	5	
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN[CI,MO]	3	
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML CARTRIDGE[CI,MO]	3	
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML SOLUTION[CI,MO]	3	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION[CI,MO]	2	
JANUMET 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
JANUMET XR 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG TABLET[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-850 MG TABLET[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN[CI,MO]	3	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION[CI,MO]	2	
linagliptin-metformin 2.5-1,000 mg, 2.5-500 mg, 2.5-850 mg TABLET[MO]	3	QL(60 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET[MO]	1	
metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	1	QL(120 cada 30 días)
metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	1	QL(60 cada 30 días)
metformin 850 mg TABLET[MO]	1	
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR[MO]	3	PA,QL(2 cada 28 días)
nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET[MO]	1	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN[CI,MO]	3	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION[CI,MO]	2	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN[CI,MO]	3	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION[CI,MO]	2	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN[CI,MO]	3	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION[CI,MO]	2	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN[CI,MO]	3	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION[CI,MO]	2	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN[CI,MO]	3	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE[CI,MO]	3	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION[CI,MO]	2	
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR[MO]	3	PA,QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 1.5 MG, 4 MG, 9 MG TABLET[MO]	3	PA,QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 15 mg, 45 mg TABLET[MO]	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 30 mg TABLET[MO]	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone-metformin 15-500 mg, 15-850 mg TABLET[MO]	1	QL(90 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET[MO]	1	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET[MO]	3	PA,QL(30 cada 30 días)
sitagliptin phos-metformin 100-1,000 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
sitagliptin phos-metformin 50-1,000 mg, 50-500 mg TABLET[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
sitagliptin phos-metformin 50-1,000 mg, 50-500 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
sitagliptin phosphate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN[CI,MO]	3	QL(15 cada 24 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SYNJARDY 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG TABLET**MO**	3	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC**MO**	3	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC**MO**	3	QL(60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN**CI,MO**	3	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN**CI,MO**	3	
TRADJENTA 5 MG TABLET**MO**	3	QL(30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN**CI,MO**	3	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN**CI,MO**	3	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION**CI,MO**	2	
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC**MO**	3	QL(30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC**MO**	3	QL(60 cada 30 días)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR**MO**	3	PA,QL(2 cada 28 días)
XIGDUO XR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC**MO**	3	QL(30 cada 30 días)
XIGDUO XR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC**MO**	3	QL(60 cada 30 días)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR**MO**	3	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE**MO**	3	
RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
*chlorzoxazone 500 mg TABLET***MO**	4	
*cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET***MO**	4	
*methocarbamol 500 mg, 750 mg TABLET***MO**	2	
TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
*acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION***MO**	3	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER**MO**	3	QL(12 cada 30 días)
AIRSUPRA 90-80 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER**MO**	3	QL(32.1 cada 30 días)
*albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION***MO**	2	BvsD
*albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET***MO**	4	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP[MO]	1	
albuterol sulfate 2.5 mg /3 ml (0.083 %) SOLUTION FOR NEBULIZATION[MO]	2	BvsD
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER[MO]	3	QL(36 cada 30 días)
alyq 20 mg TABLET[MO]	4	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION[MO]	2	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION[MO]	4	BvsD,QL(120 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER[MO]	4	PA,QL(25.8 cada 30 días)
AUVI-Q 0.1 MG/0.1 ML, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML AUTO-INJECTOR[MO]	3	QL(4 cada 30 días)
azelastine 137 mcg (0.1 %) SPRAY, NON-AEROSOL[MO]	2	QL(30 cada 25 días)
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER[MO]	3	QL(10.7 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER[MO]	3	QL(10.7 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml SUSPENSION FOR NEBULIZATION[MO]	4	BvsD
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION[DL]	5	PA,QL(84 cada 28 días)
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION[MO]	2	QL(300 cada 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST[MO]	4	QL(4 cada 20 días)
cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE[MO]	4	
cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION[MO]	3	BvsD
desloratadine 5 mg TABLET[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION[MO]	4	
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR[MO]	3	QL(4 cada 30 días)
FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR[DL]	5	PA,QL(1 cada 28 días)
flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL[MO]	3	QL(50 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION[MO]	2	QL(16 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE[MO]	3	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION[MO]	2	BvsD
ipratropium bromide 17 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER[MO]	4	PA,QL(25.8 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL[MO]	2	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL[MO]	2	QL(45 cada 30 días)
ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION[MO]	2	BvsD
levalbuterol tartrate 45 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER[MO]	4	ST,QL(30 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg TABLET[MO]	1	QL(30 cada 30 días)
macitentan 10 mg TABLET[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
mometasone 50 mcg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL[MO]	4	QL(34 cada 30 días)
montelukast 10 mg TABLET[MO]	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET[MO]	4	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET[MO]	1	QL(30 cada 30 días)
nintedanib 100 mg, 150 mg CAPSULE[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR[DL]	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE[DL]	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE[DL]	5	PA,QL(0.4 cada 28 días)
pirfenidone 267 mg CAPSULE[DL]	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg TABLET[DL]	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET[DL]	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION[DL]	5	BvsD
riociguat 0.5 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 2.5 mg TABLET[DL]	5	PA,QL(90 cada 30 días)
roflumilast 250 mcg TABLET[MO]	3	QL(28 cada 365 días)
roflumilast 500 mcg TABLET[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET[MO]	3	PA,QL(360 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST[MO]	3	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST[MO]	3	QL(4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST[MO]	3	QL(4 cada 30 días)
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER[MO]	3	QL(30.6 cada 30 días)
tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET[MO]	4	PA,QL(60 cada 30 días)
theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR.[MO]	4	
theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR.[MO]	4	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
TRIKAFTA 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) TABLET, SEQUENTIAL[DL]	5	PA,QL(84 cada 28 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TRIKAFTA 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL**DL**	5	PA,QL(56 cada 28 días)
UPTRAVI 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
UPTRAVI 100 MCG, 150 MCG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
UPTRAVI 200 MCG (140)- 800 MCG (60) TABLET, DOSE PACK**DL**	5	PA,QL(200 cada 30 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER**MO**	3	QL(36 cada 30 días)
WINREVAIR 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2) KIT**DL**	5	PA
*wixela inhub 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE***MO**	3	QL(60 cada 30 días)
*zafirlukast 10 mg, 20 mg TABLET***MO**	4	QL(60 cada 30 días)
TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
*betaine 1 gram/scoop POWDER***DL**	5	
CREON 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT CAPSULE, DR/EC**MO**	3	
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE**MO**	4	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION**DL**	5	PA
*nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE***DL**	5	
REVCOVI 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) SOLUTION**DL**	5	PA
*sapropterin 100 mg POWDER IN PACKET***DL**	5	PA
*sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER***DL**	5	
*sodium phenylbutyrate 500 mg TABLET***DL**	5	
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION**DL**	5	PA
WELIREG 40 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEMAIRA 1,000 MG RECON SOLUTION**DL**	5	PA
ZEMAIRA 4,000 MG, 5,000 MG RECON SOLUTION**DL**	5	PA
ZENPEP 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT CAPSULE, DR/EC**MO**	4	
(*) NO ES UN MEDICAMENTO DE LA PARTE D		
1-day 6.5 % OINTMENT	*	
12-hour cough relief 30 mg/5 ml SUSPENSION, ER 12 HR.	*	
2-in-1 laxative 8.6-50 mg TABLET	*	
24hour allergy 10 mg TABLET	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
3-day vaginal 2 % CREAM	*	
4-n-1 no rinse wash 1 % CREAM	*	
8 hour pain reliever 650 mg TABLET ER	*	
8hr muscle aches-pain 650 mg TABLET ER	*	
a and d (lanolin-petrolatum) OINTMENT	*	
A AND D DIAPER RASH CREAM 1-10 % CREAM	*	
abreva 10 % CREAM	*	
acerola c 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
acetaminophen 120 mg, 650 mg SUPPOSITORY	*	
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 650 mg/20.3 ml SOLUTION	*	
acetaminophen 160 mg/5 ml LIQUID	*	
acetaminophen 160 mg/5 ml, 160 mg/5 ml (5 ml), 650 mg/20.3 ml SUSPENSION	*	
acetaminophen 325 mg, 500 mg TABLET	*	
acetaminophen 650 mg TABLET ER	*	
acid controller 10 mg, 20 mg TABLET	*	
acid gone antacid 95-358 mg/15 ml SUSPENSION	*	
acid gone antacid e.strength 160-105 mg CHEWABLE TABLET	*	
acid reducer (famotidine) 10 mg, 20 mg TABLET	*	
acid-pep 20 mg TABLET	*	
acidophilus CHEWABLE TABLET	*	
acidophilus-pectin, citrus 25 million cell -100 mg TABLET	*	
acne control(benzoyl peroxide) 10 % CLEANSER	*	
acne foaming wash 10 % CLEANSER	*	
ACNE MEDICATION 10 %, 5 % GEL	*	
acne treatment (benzoyl perox) 10 % GEL	*	
acne-clear 10 % GEL	*	
ACTICAL CAPSULE	*	
adapalene 0.1 % GEL	*	QL(45 cada 30 días)
addaprin 200 mg TABLET	*	
adult aspirin regimen 81 mg TABLET, DR/EC	*	
adult low dose aspirin 81 mg TABLET, DR/EC	*	
adult tussin chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	*	
adult wal-tussin 100 mg/5 ml LIQUID	*	
advanced antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
advanced exfoliating cleanser 5 % CLEANSER	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
after pill 1.5 mg TABLET	*	
AFTERA 1.5 MG TABLET	*	
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE	*	
alavert 10 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
alavert d-12 allergy-sinus 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
ALAWAY 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
aler-cap 25 mg CAPSULE	*	
aleve arthritis (diclofenac) 1 % GEL	*	QL(1000 cada 30 días)
ALIVE B-COMPLEX 120 MCG-45 MG- 75 MG CHEWABLE TABLET	*	
alka-seltzer heartburn chew 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
alka-seltzer plus allergy 25 mg TABLET	*	
alkums 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
all day allergy (cetirizine) 10 mg TABLET	*	
all day allergy-d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
all day pain relief 220 mg TABLET	*	
all day relief 220 mg TABLET	*	
ALLEGRA ALLERGY 180 MG, 60 MG TABLET	*	
ALLEGRA HIVES 180 MG TABLET	*	
ALLER-CHLOR 4 MG TABLET	*	
aller-ease 180 mg TABLET	*	
aller-fex 180 mg TABLET	*	
aller-g-time 25 mg TABLET	*	
aller-tec 10 mg TABLET	*	
aller-tec d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allerclear 10 mg TABLET	*	
allerclear d-12hr 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allerclear d-24hr 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
allergy 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
allergy (chlorpheniramine) 4 mg TABLET	*	
allergy (diphenhydramine) 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
allergy (diphenhydramine) 25 mg CAPSULE	*	
allergy (diphenhydramine) 25 mg TABLET	*	
allergy and congestion relief 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
allergy and congestion relief 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allergy d-12 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allergy eye (ketotifen) 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
allergy medication 25 mg CAPSULE	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
allergy medicine 25 mg TABLET	*	
allergy relief (cetirizine) 10 mg, 5 mg TABLET	*	
allergy relief (fexofenadine) 180 mg, 60 mg TABLET	*	
allergy relief (loratadine) 10 mg TABLET	*	
allergy relief (loratadine) 10 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
allergy relief d-24hr 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
allergy relief d12 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allergy relief(chlorpheniramn) 4 mg TABLET	*	
allergy relief(diphenhydramin) 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg CAPSULE	*	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg TABLET	*	
allergy relief,nasal decongest 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
allergy relief-d (cetirizine) 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allergy relief-d (loratadine) 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allergy-congestion relief-d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
allergy-time 4 mg TABLET	*	
almacone-2 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
alophen (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
altamist 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
alum-mag hydroxide-simeth 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
aluminum hydroxide gel 320 mg/5 ml SUSPENSION	*	
aminofen 325 mg TABLET	*	
antacid 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg), 215 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid anti-gas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid calcium 215 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid exst (mag carb-al hyd) 160-105 mg CHEWABLE TABLET	*	
antacid ext str (calcium carb) 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid liquid 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid m 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid plus anti-gas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid regular strength 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
antacid ultra strength 400 mg calcium (1,000 mg), 430 mg calcium (1,000 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
anti-dandruff 1 % SHAMPOO	*	
anti-dandruff with menthol 1 % SHAMPOO	*	
anti-diarrheal (loperamide) 1 mg/7.5 ml LIQUID	*	
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg CAPSULE	*	
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg TABLET	*	
anti-gas ultra strength 180 mg CAPSULE	*	
anti-itch (hc) 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
anti-itch (hc) 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
antibiotic (bacitracin zinc) 500 unit/gram OINTMENT	*	
antibiotic (neomy-bacit-polym) 3.5mg-400 unit- 5,000 unit/gram OINTMENT	*	
antibiotic plus (pramoxine) 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	*	
antibiotic plus pain rel(pram) 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	*	
antibiotic-pain relief (bacit) 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	
antifungal (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
antifungal (miconazole) 2 % CREAM	*	
antifungal (miconazole) 2 % POWDER	*	
antifungal (terbinafine) 1 % CREAM	*	
antifungal (tolnaftate) 1 % CREAM	*	
antifungal extra thick 2 % CREAM	*	
antifungal ringworm 1 % CREAM	*	
antifungal spray 1 % AEROSOL POWDER	*	
antiseptic 10 % SOLUTION	*	
antiseptic skin clnsr(chlorhe) 4 % LIQUID	*	
antitussive dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
aphen 325 mg TABLET	*	
aquaphor itch relief 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
arginine (l-arginine) POWDER	*	
arginine (l-arginine) 500 mg CAPSULE	*	
arginine (l-arginine) 500 mg POWDER IN PACKET	*	
arginine (l-arginine) 500 mg TABLET	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
arginine hcl (l-arginine) 1,000 mg TABLET	*	
arginine hcl (l-arginine) 500 mg CAPSULE	*	
arthritis pain (diclofenac) 1 % GEL	*	QL(1000 cada 30 días)
arthritis pain relief (acetam) 650 mg TABLET ER	*	
arthritis pain relief(capsaic) 0.075 %, 0.1 % CREAM	*	
arthritis pain reliever 650 mg TABLET ER	*	
artificial eye lubricant 83-15 % OINTMENT	*	
artificial tear(dxtrn-hpm-gly) 0.1-0.3-0.2 % DROPS	*	
artificial tears (pf) 0.1-0.3 % DROPPERETTE	*	
artificial tears(dext70-hypro) 0.1-0.3 % DROPS	*	
artificial tears(pg-hypm-glyc) 1-0.2-0.2 % DROPS	*	
artificial tears(pvalch-povid) 0.5-0.6 % DROPS	*	
ascorbic acid (vitamin c) 250 mg, 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
ascorbic acid (vitamin c) 250 mg, 500 mg TABLET	*	
ascorbic acid (vitamin c) 500 mg TABLET, DR/EC	*	
ascorbic acid (vitamin c) 500 mg/ml SOLUTION	*	
ascorbic acid-ascorbate sodium 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
aspercreme arthritis pain 1 % GEL	*	QL(1000 cada 30 días)
aspirin 325 mg, 81 mg TABLET	*	
aspirin 325 mg, 81 mg TABLET, DR/EC	*	
aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	*	
aspirin childrens 81 mg CHEWABLE TABLET	*	
aspirin,buffd-calcium carb-mag 325 mg TABLET	*	
athenol 325 mg TABLET	*	
athlete's foot 2 % POWDER	*	
athlete's foot (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
athlete's foot (terbinafine) 1 % CREAM	*	
athlete's foot (tolnaftate) 1 % AEROSOL POWDER	*	
athlete's foot (tolnaftate) 1 % CREAM	*	
athletic foot cream 1 % CREAM	*	
AVEENO ANTI-ITCH (HYDROCORTSN) 1 % CREAM	*	
AYR SALINE 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
AYR SALINE 0.65 % DROPS	*	
AZO URINARY PAIN RELIEF 95 MG TABLET	*	
b complex 1 (with folic acid) 0.4 mg TABLET	*	
b complex 100 100-2-100-2-2 mg/ml SOLUTION	*	
b-50 complex (with herbs) 400 mcg-0.05 mg -50 mcg TABLET	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
b-complex TABLET	*	
b-sure 50 % PADS, MEDICATED	*	
BABY AYR SALINE 0.65 % DROPS	*	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT	*	
bacitracin 500 unit/gram PACKET	*	
bacitracin zinc 500 unit/gram OINTMENT	*	
bacitracin zinc 500 unit/gram OINTMENT IN PACKET	*	
bacitraycin plus 500 unit/gram OINTMENT	*	
BACTOSHIELD CHG 4 % LIQUID	*	
balance b-50 (with folic acid) 0.4 mg TABLET	*	
balanced b-100 0.4 mg TABLET	*	
balanced b-100 400 mcg TABLET ER	*	
balanced b-50 TABLET	*	
ban-acid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
BAND-AID PLUS ANTIBIOTIC 500-10,000 UNIT/GRAM BANDAGE	*	
banophen 25 mg TABLET	*	
banophen 25 mg, 50 mg CAPSULE	*	
bayer aspirin 325 mg TABLET, DR/EC	*	
bayer low dose aspirin 81 mg TABLET, DR/EC	*	
baza antifungal 2 % CREAM	*	
beauty 360 daily moisturizing 1.2 % LOTION	*	
BENADRYL 25 MG CAPSULE	*	
benadryl allergy 25 mg TABLET	*	
BENEFIBER HEALTHY SHAPE 5 GRAM/7.4 GRAM POWDER	*	
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN) 3 GRAM/3.8 GRAM, 3 GRAM/4 GRAM POWDER	*	
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN) 3 GRAM/4 GRAM POWDER IN PACKET	*	
benzonatate 100 mg, 150 mg, 200 mg CAPSULE	*	
benzoyl peroxide 10 %, 5 % CLEANSER	*	
benzoyl peroxide 10 %, 5 % GEL	*	
best fiber 3 gram/3.5 gram POWDER	*	
BETADINE 10 % SOLUTION	*	
BETASEPT SURGICAL SCRUB 4 % LIQUID	*	
BIOCAL 500 MG-100 UNIT -45 MG-800 MCG CAPSULE	*	
biocotron 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
BION TEARS (PF) 0.1-0.3 % DROPPERETTE	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
biotene dry mouth oral rinse MOUTHWASH	*	
bisacodyl 10 mg SUPPOSITORY	*	
bisacodyl 5 mg TABLET, DR/EC	*	
black-draught lax-senna 8.6 mg TABLET	*	
BLOOD SUGAR MANAGER 300 MCG DFE- 20 MG TABLET	*	
bonine 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
bp wash 10 %, 5 % CLEANSER	*	
bromfed dm 2-30-10 mg/5 ml SYRUP	*	
bufferin 325 mg TABLET	*	
c-1000 1,000 mg TABLET	*	
c-1000 1,000 mg TABLET ER	*	
c-500 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
c-500 500 mg TABLET	*	
c-500 500 mg TABLET ER	*	
c-lax laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
CADEAU DHA 29 MG IRON- 1 MG-150 MG CAPSULE	*	
cal-citrate 250 mg-2.5 mcg (100 unit) TABLET	*	
cal-gest antacid 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	*	
CAL-QUICK 500 MG-10 MCG (400 UNIT)/5 ML LIQUID	*	
calcium 500 + d 500 mg-10 mcg (400 unit) CHEWABLE TABLET	*	
calcium 500 + d 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
calcium 500 with d 500 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	*	
calcium 600 + d(3) 600 mg-10 mcg (400 unit), 600 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
calcium 600 + d(3) 600 mg-5 mcg (200 unit) CAPSULE	*	
calcium 600 with vitamin d3 600 mg-10 mcg (400 unit) CHEWABLE TABLET	*	
calcium 600 with vitamin d3 600 mg-12.5 mcg (500 unit) CAPSULE	*	
calcium antacid 200 mg calcium (500 mg), 300 mg (750 mg), 320 mg calcium (750 mg), 400 mg calcium (1,000 mg) CHEWABLE TABLET	*	
calcium carbonate 200 mg calcium (500 mg), 400 mg calcium (1,000 mg), 500 mg calcium (1,250 mg) CHEWABLE TABLET	*	
calcium carbonate 500 mg calcium (1,250 mg) TABLET	*	
calcium carbonate 500 mg/5 ml (1,250 mg/5 ml) SUSPENSION	*	
calcium carbonate-vit d3-min 600 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
calcium carbonate-vitamin d3 1,000 mg-20 mcg (800 unit), 250 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-15 mcg (600 unit), 500 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-5 mcg (200 unit), 600 mg-10 mcg (400 unit), 600 mg-20 mcg (800 unit), 600 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
calcium carbonate-vitamin d3 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-2.5 mcg (100 unit) CHEWABLE TABLET	*	
calcium carbonate-vitamin d3 600 mg-10 mcg (400 unit), 600 mg-12.5 mcg (500 unit), 600 mg-25 mcg (1,000 unit), 600 mg-5 mcg (200 unit), 600 mg-62.5 mcg (2,500 unit) CAPSULE	*	
calcium citrate + d 315 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
calcium citrate-vitamin d3 1,000 mg-10 mcg /30 ml LIQUID	*	
calcium citrate-vitamin d3 200 mg-6.25 mcg (250 unit), 250 mg-5 mcg (200 unit), 315 mg-5 mcg (200 unit), 315 mg-6.25 mcg (250 unit) TABLET	*	
calcium with vitamin d 600 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	*	
CALTRATE 600 PLUS D 600 MG-20 MCG (800 UNIT) CHEWABLE TABLET	*	
CALTRATE WITH VITAMIN D3 600 MG-20 MCG (800 UNIT) TABLET	*	
capsaicin 0.075 %, 0.1 % CREAM	*	
capsaicin hp 0.1 % CREAM	*	
capsaid es 0.1 % CREAM	*	
CAPZASIN-HP 0.1 % CREAM	*	
capzix 0.1 % CREAM	*	
carboxymethylcellulose sodium 0.5 % DROPPERETTE	*	
carboxymethylcellulose sodium 0.5 % DROPS	*	
carboxymethylcellulose sodium 1 % DROPPERETTE, GEL	*	
carboxymethylcellulose sodium 1 % DROPS, LIQUID GEL	*	
cetiri-d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
cetirizine 10 mg, 5 mg TABLET	*	
cetirizine-pseudoephedrine 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
CHEST CONGESTION RELIEF 100 MG/5 ML LIQUID	*	
chest congestion relief dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
chest congestion relief dm 20-400 mg TABLET	*	
chest congestion-cough relief 20-400 mg TABLET	*	
child chest congestion-cough 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
child cough-chest congest dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
child delsym cough-chest dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
child mucus relief cough 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
child mucus relief expectorant 100 mg/5 ml LIQUID	*	
child pain rel-fever reducer 120 mg SUPPOSITORY	*	
child probiotic digest-immune 5 billion cell CHEWABLE TABLET	*	
children's acetaminophen 160 mg/5 ml LIQUID	*	
children's acetaminophen 160 mg/5 ml, 160 mg/5 ml (5 ml) SUSPENSION	*	
CHILDREN'S ALAWAY 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
children's allergy (diphenhyd) 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
children's aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	*	
children's cough 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
children's cough dm er 30 mg/5 ml SUSPENSION, ER 12 HR.	*	
CHILDREN'S DELSYM COUGH 30 MG/5 ML SUSPENSION, ER 12 HR.	*	
children's fever reducing 120 mg SUPPOSITORY	*	
children's giltuss cough-chest 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
children's mucinex cough 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
children's non-aspirin 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's pain relief 160 mg/5 ml ELIXIR	*	
children's pain relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's pain reliever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's pain-fever relief 160 mg/5 ml LIQUID	*	
children's pain-fever relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's probiotic 5 billion cell CHEWABLE TABLET	*	
children's saline nasal spray 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
CHILDREN'S SLEEP (MELATONIN) 1 MG CHEWABLE TABLET	*	
children's sleep (melatonin) 1 mg/ml LIQUID	*	
children's wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
children's wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml PREFILLED SPOON	*	
childrens chewable probiotic 1.5 billion cell CHEWABLE TABLET	*	
chld robitussin cough-chest dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
CHLORAPREP CLEAR 2-70 % SOLUTION	*	
CHLORAPREP ONE STEP 2-70 % SWAB	*	
CHLORHEXIDINE (BULK) LIQUID	*	
chlorhexidine gluconate 2 % TOWELETTE	*	
chlorhexidine gluconate 2 %, 4 % LIQUID	*	
chlorpheniramine maleate 4 mg TABLET	*	
chlortabs 4 mg TABLET	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cholecalciferol (vitamin d3) 1,250 mcg (50,000 unit), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 50 mcg (2,000 unit) CAPSULE	*	
cholecalciferol (vitamin d3) 10 mcg (400 unit) CHEWABLE TABLET	*	
cholecalciferol (vitamin d3) 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 250 mcg (10,000 unit), 50 mcg (2,000 unit) TABLET	*	
citracal + d maximum 315 mg-6.25 mcg (250 unit) TABLET	*	
citracal regular 250 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
CITRACAL-D3 PETITES 200 MG-6.25 MCG (250 UNIT) TABLET	*	
citrate of magnesia SOLUTION	*	
CITROMA SOLUTION	*	
CITRUCEL (SUCROSE) POWDER	*	
CITRUCEL SUGAR FREE POWDER	*	
CLARITIN 10 MG TABLET	*	
CLARITIN REDITABS 10 MG TABLET, DISINTEGRATING	*	
CLARITIN-D 12 HOUR 5-120 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
claritin-d 24 hour 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
CLASSIC PRENATAL 28 MG IRON- 800 MCG TABLET	*	
clear eyes natural tears 0.5-0.6 % DROPS	*	
clearlax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
clearlax 17 gram/dose POWDER	*	
clearshield sodium chlor flush SYRINGE	*	
CLINICLEAN 4 % LIQUID	*	
clotrimazole 1 % CREAM	*	
clotrimazole 3 day 2 % CREAM	*	
clotrimazole af 1 % CREAM	*	
clotrimazole-3 2 % CREAM	*	
clotrimazole-7 1 % CREAM	*	
codeine-guaifenesin 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
col-rite 100 mg CAPSULE	*	
COLACE 100 MG CAPSULE	*	
COLACE 2-IN-1 8.6-50 MG TABLET	*	
comfort gel 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
comfort gel extra strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
complete allergy 25 mg TABLET	*	
complete allergy medicine 25 mg CAPSULE	*	
complete allergy medicine 25 mg TABLET	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
complex b-100 400 mcg TABLET ER	*	
CONCEPTIONXR REPRODUCTIVE 250-200-500-10 MG-UNIT-MCG-MG TABLET	*	
cool bottoms 1 % CREAM	*	
corn starch POWDER	*	
CORRECTOL 5 MG TABLET	*	
cortisone (hydrocortisone) 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
cortisone with aloe 1 % CREAM	*	
cortizone-10 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
cortizone-10 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
cortizone-10 feminine itch 1 % CREAM	*	
cortizone-10 with aloe 1 % CREAM	*	
cough dm er 30 mg/5 ml SUSPENSION, ER 12 HR.	*	
cough syrup 100 mg/5 ml LIQUID	*	
cough syrup dm 5-50 mg/5 ml SYRUP	*	
cough-chest congestion dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
cranberry-probiotc(blend)-vitc 150 mm cell- 250 mg-30 mg TABLET	*	
curae 1.5 mg TABLET	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg CAPSULE	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg SUBLINGUAL TABLET	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg TABLET	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg TABLET ER	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg/15 ml LIQUID	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg/ml SOLUTION	1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 500 mcg/spray SPRAY, NON-AEROSOL	*	
d3-2000 50 mcg (2,000 unit) CAPSULE	*	
d3-5000 125 mcg (5,000 unit) CAPSULE	*	
daily fiber (psyllium-sucrose) 3 gram/7 gram, 3.4 gram/12 gram, 3.4 gram/7 gram POWDER	*	
dandruff shampoo (selen-aloe) 1 % SHAMPOO	*	
dandruff shampoo (selenium) 1 % SHAMPOO	*	
daylogic acne foaming wash 10 % CLEANSER	*	
daylogic acne treatment 10 % GEL	*	
decara 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	*	
deep sea nasal 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
DELSYM 12 HOUR 30 MG/5 ML SUSPENSION, ER 12 HR.	*	
delsym cough-chest congest dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
delta d3 10 mcg (400 unit) TABLET	*	
dermacinrx dimopair 5 % CREAM	*	
dermacinrx skin repair complex 5 % CREAM	*	
dermafungal 2 % CREAM	*	
desenex 2 % CREAM	*	
desenex 2 % POWDER	*	
dextromethorphan polistirex 30 mg/5 ml SUSPENSION, ER 12 HR.	*	
dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml, 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
dextromethorphan-guaifenesin 20-400 mg TABLET	*	
diabetic tussin dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
dialyvite 800 0.8 mg TABLET	*	
DIALYVITE 800 800 MCG CHEWABLE TABLET	*	
DIALYVITE CHEWABLE PROBIOTIC 10 BILLION CELL CHEWABLE TABLET	*	
dialyvite vitamin d 125 mcg (5,000 unit) CAPSULE	*	
diamode 2 mg TABLET	*	
dibucaine 1 % OINTMENT	*	
diclofenac sodium 1 % GEL	*	QL(1000 cada 30 días)
DIFFERIN 0.1 % GEL	*	QL(45 cada 30 días)
dimenhydrinate 50 mg TABLET	*	
dimethicone 2 % CREAM	*	
diphen 25 mg TABLET	*	
diphenhydramine hcl 12.5 mg/5 ml ELIXIR	*	
diphenhydramine hcl 25 mg TABLET	*	
diphenhydramine hcl 25 mg, 50 mg CAPSULE	*	
dm max 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
docosanol 10 % CREAM	*	
docuprene 100 mg TABLET	*	
docusate calcium 240 mg CAPSULE	*	
docusate sodium 100 mg CAPSULE	*	
docusate sodium 100 mg TABLET	*	
docusate sodium 50 mg/5 ml LIQUID	*	
docuzen 8.6-50 mg TABLET	*	
dok 100 mg TABLET	*	
double antibiotic (b.tracn zn) 500-10,000 unit/gram OINTMENT	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
double antibiotic-pain relief 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	*	
DRAMAMINE 50 MG TABLET	*	
dramamine (meclizine) 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
dramamine (meclizine) 25 mg TABLET	*	
dramamine less drowsy 25 mg TABLET	*	
driminate 50 mg TABLET	*	
dry eye relief 1-0.2-0.2 % DROPS	*	
dry mouth MOUTHWASH	*	
DULCOLAX (BISACODYL) 10 MG SUPPOSITORY	*	
DULCOLAX (BISACODYL) 5 MG TABLET, DR/EC	*	
dulcolax (magnesium hydroxide) 400 mg/5 ml SUSPENSION	*	
dulcolax stool softener (dss) 100 mg CAPSULE	*	
DUREX AIR CONDOM DEVICE	*	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL MISCELLANEOUS	*	
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE	*	
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE	*	
DYNA-HEX 2 %, 4 % LIQUID	*	
EC MATRIXX 100-100 MG TABLET	*	
econtra ez 1.5 mg TABLET	*	
econtra one-step 1.5 mg TABLET	*	
ecotrin low strength 81 mg TABLET, DR/EC	*	
ed chlorped jr 2 mg/5 ml SYRUP	*	
effaclar adapalene 0.1 % GEL	*	QL(45 cada 30 días)
efferves pain relief antacid 325 mg TABLET, EFFERVESCENT	*	
EMERGEN-C 500 MG CHEWABLE TABLET	*	
EMERGEN-C IMMUNE PLUS 250 MG CHEWABLE TABLET	*	
endit (zinc oxide) 20 % OINTMENT	*	
endur-b complex 400 mcg TABLET ER	*	
enema 19-7 gram/118 ml ENEMA	*	
enema disposable 19-7 gram/118 ml ENEMA	*	
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	
ergocalciferol (vitamin d2) 50 mcg (2,000 unit) CAPSULE	*	
ergocalciferol (vitamin d2) 50 mcg (2,000 unit) TABLET	*	
estronatural 15-0.2 unit-mg TABLET	*	
evac-u-gen (sennosides) 8.6 mg TABLET	*	
EX-LAX MAXIMUM STRENGTH 25 MG TABLET	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
expectorant 100 mg/5 ml LIQUID	*	
expectorant cough syrup 100 mg/5 ml LIQUID	*	
expectorant dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
extra pain relief 250-250-65 mg TABLET	*	
extraprin 250-250-65 mg TABLET	*	
eye allergy itch relief 0.2 % DROPS	*	
eye allergy itch-redness rlf 0.1 % DROPS	*	
EYE ITCH RELIEF 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
eyes alive 0.5 % DROPPERETTE	*	
famotidine 10 mg, 20 mg TABLET	*	
FANTASY CONDOM DEVICE	*	
FC2 FEMALE CONDOM MISCELLANEOUS	*	
fem moist andlub(glycerin-hec) GEL	*	
fenesin dm ir 20-400 mg TABLET	*	
feosol 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferate 240 mg (27 mg iron) TABLET	*	
ferosul 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferrex 150 150 mg iron CAPSULE	*	
ferric x-150 150 mg iron CAPSULE	*	
ferro-time 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferrous gluconate 240 mg (27 mg iron), 324 mg (37.5 mg iron), 324 mg (38 mg iron) TABLET	*	
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml ELIXIR	*	
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml SOLUTION	*	
ferrous sulfate 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferrous sulfate 325 mg (65 mg iron) TABLET, DR/EC	*	
fever reducer 120 mg SUPPOSITORY	*	
FEVERALL 325 MG, 80 MG SUPPOSITORY	*	
fexofenadine 180 mg, 60 mg TABLET	*	
fiber (psyllium husk-sugar) 3.4 gram/12 gram, 3.4 gram/7 gram POWDER	*	
fiber (with aspartame) 3 gram/5.8 gram, 3.4 gram/5.8 gram POWDER	*	
fiber supplement(wheatdextrin) 3 gram/3.8 gram POWDER	*	
FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR) 2 GRAM/19 GRAM POWDER	*	
fiber therapy (psyllium-sucro) 3 gram/12 gram, 3 gram/7 gram POWDER	*	
fiber therapy(psyl seed-sugar) POWDER	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
first aid antibiotic 3.5-500-10,000 mg-unit-unit, 3.5mg-400 unit-5,000 unit/gram OINTMENT	*	
first aid antibiotic-pain rlf 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	
first aid antiseptic(povidone) 10 % SOLUTION	*	
flanax (naproxen) 220 mg TABLET	*	
flavor chews antacid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
fleet bisacodyl 5 mg TABLET, DR/EC	*	
fleet docusate 100 mg CAPSULE	*	
FLEET ENEMA 19-7 GRAM/118 ML ENEMA	*	
FLEET ENEMA EXTRA 19-7 GRAM/197 ML ENEMA	*	
fleet glycerin (adult) SUPPOSITORY	*	
FLEET PEDIATRIC 9.5-3.5 GRAM/59 ML ENEMA	*	
floramax 1 million cell TABLET	*	
FLORANEX 1 MILLION CELL TABLET	*	
foaming acne face wash 10 % CLEANSER	*	
foaming antacid 95-358 mg/15 ml SUSPENSION	*	
folic acid 1 mg TABLET	1	
folic acid 400 mcg, 800 mcg TABLET	*	
folic acid 5 mg/ml SOLUTION	1	
FOLIKA-BC 1 MG-60 MG- 300 MCG TABLET	*	
foot and sneaker 1 % AEROSOL POWDER	*	
for sty relief OINTMENT	*	
freshkote 2.7-2 % DROPS	*	
fruit c-500 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
g tussin ac 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
g-fenesin dm 20-400 mg TABLET	*	
gas relief (simethicone) 180 mg CAPSULE	*	
gas relief ultra strength 180 mg CAPSULE	*	
GAS-X ULTRA-STRENGTH 180 MG CAPSULE	*	
gavilax 17 gram/dose POWDER	*	
GAVISCON EXTRA STRENGTH 160-105 MG CHEWABLE TABLET	*	
GAVISCON EXTRA STRENGTH 254-237.5 MG/5 ML SUSPENSION	*	
GELUSIL ANTACID AND ANTI-GAS 200-200-25 MG CHEWABLE TABLET	*	
genteal tears mild 0.1-0.3 % DROPS	*	
GENTEAL TEARS MODERATE 0.1-0.3-0.2 % DROPS	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
GENTEAL TEARS MODERATE (PF) 0.1-0.3 % DROPPERETTE	*	
GENTEAL TEARS SEVERE GEL 0.3 % GEL	*	
GENTEAL TEARS SEVERE GEL DROPS 0.4-0.3 % DROPS, GEL	*	
GENTEAL TEARS SEVERE(PETROLAT) 94-3 % OINTMENT	*	
gentle laxative (bisacodyl) 10 mg SUPPOSITORY	*	
gentle laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
gentle laxative (mag hydrox) 400 mg/5 ml SUSPENSION	*	
gentlelax 17 gram/dose POWDER	*	
geri-dryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
geri-dryl 25 mg TABLET	*	
geri-kot 8.6 mg TABLET	*	
geri-lanta 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
geri-mox antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
geri-tussin 100 mg/5 ml LIQUID	*	
geri-tussin dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
giltuss cough-congestion 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
giltuss diabetic 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
giltuss hbp 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
glucose 3.75 gram, 4 gram CHEWABLE TABLET	*	
glucose gel 40 % GEL	*	
glutose-15 40 % GEL	*	
glutose-45 40 % GEL	*	
glutose-5 40 % GEL	*	
glycerin (adult) SUPPOSITORY	*	
glycerin (child) SUPPOSITORY	*	
guaiasorb dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
guaifenesin 1,200 mg, 600 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
guaifenesin 100 mg/5 ml LIQUID	*	
guaifenesin ac 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
guaifenesin-dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
GYNE-LOTRIMIN 2 % CREAM	*	
gyne-lotrimin 7 1 % CREAM	*	
hand wash 2 % LIQUID	*	
headache relief (asa-acet-caf) 250-250-65 mg TABLET	*	
healthylax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
heartburn antacid 160-105 mg CHEWABLE TABLET	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
heartburn prevention 10 mg, 20 mg TABLET	*	
heartburn relief 160-105 mg CHEWABLE TABLET	*	
heartburn relief 254-237.5 mg/5 ml SUSPENSION	*	
heartburn relief (famotidine) 10 mg, 20 mg TABLET	*	
hemorrhoid OINTMENT	*	
hemorrhoidal OINTMENT	*	
hemorrhoidal 0.25-3 % SUPPOSITORY	*	
hemorrhoidal (phenyleph-cocoa) 0.25-88.44 % SUPPOSITORY	*	
HEMORRHOIDAL (PHENYLEPH-FAT) 0.25-88.7 % SUPPOSITORY	*	
hemorrhoidal (witch hazel) 50 % PADS, MEDICATED	*	
hemorrhoidal hygiene 50 % PADS, MEDICATED	*	
hemorrhoidal-analgesic 1 % OINTMENT	*	
heparin lock flush (porcine) 10 unit/ml SOLUTION	*	
heparin lockflush(porcine)(pf) 10 unit/ml, 100 unit/ml SYRINGE	*	
her style 1.5 mg TABLET	*	
hi-cal plus vit d 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
HIBICLENS 4 % LIQUID	*	
HYCODAN (WITH HOMATROPINE) 5-1.5 MG TABLET	*	
HYDROCIL POWDER	*	
hydrocodone-chlorpheniramine 10-8 mg/5 ml SUSPENSION, ER 12 HR.	*	
hydrocortisone 0.5 % CREAM	*	
hydrocortisone 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM IN PACKET	*	
hydrocortisone 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone acetate 0.5 %, 1 % CREAM	*	
hydrocortisone acetate 1 % CREAM IN PACKET	*	
hydrocortisone acetate 1 % OINTMENT	*	
hydrocortisone plus 1 % CREAM	*	
hydrocortisone-aloe vera 0.5 %, 1 % CREAM	*	
hydrocream 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
hydromet 5-1.5 mg/5 ml SOLUTION	*	
hydroxocobalamin 1,000 mcg/ml SOLUTION	*	
hyper-sal 7 % SOLUTION FOR NEBULIZATION	*	
i-prin 200 mg TABLET	*	
ibuprofen 200 mg TABLET	*	
iferex 150 150 mg iron CAPSULE	*	
IMODIUM A-D 1 MG/7.5 ML LIQUID	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
IMODIUM A-D 2 MG CAPSULE	*	
IMODIUM A-D 2 MG TABLET	*	
infant fever reducer-pain relf 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
infant pain reliever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
infant's acetaminophen 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
infants' pain and fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
infants' pain relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
INFUVITE ADULT 3,300 UNIT- 150 MCG/10 ML SOLUTION	*	
INFUVITE PEDIATRIC 80 MG-400 UNIT- 200 MCG/5 ML SOLUTION	*	
inzo antifungal 2 % CREAM	*	
iron 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
iron (ferrous sulfate) 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
itch relief (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
itch relief (hc) 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
itch relief (hc) with aloe 1 % CREAM	*	
JARRO-DOPHILUS DIGEST SURE 5 BILLION CELL- 188 MG TABLET	*	
JARRO-DOPHILUS KIDS 500 MILLION CELL-50 MG CHEWABLE TABLET	*	
jock itch 1 % AEROSOL POWDER	*	
jock itch (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
jock itch (terbinafine) 1 % CREAM	*	
JOINT HEALTH-BONE STRENGTH 600 MG-25 MCG- 50 MG TABLET	*	
julie 1.5 mg TABLET	*	
k-y lubricating GEL	*	
KALA 30-20 MG TABLET	*	
ketotifen fumarate 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
kids melatonin 1 mg CHEWABLE TABLET	*	
kids vitamin d3 10 mcg (400 unit) CHEWABLE TABLET	*	
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE	*	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE	*	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE	*	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE	*	
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE	*	
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS DEVICE	*	
kindermed infants pain-fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
kindermed kids cough-congest 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
kindermed kids pain-fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
kobee 0.4 mg TABLET	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
konsyl (sugar) 3 gram/12 gram POWDER	*	
KPN 9 MG IRON- 267 MCG TABLET	*	
l-arginine(alpha-ketoglutarat) 350 mg TABLET ER	*	
lactobac acidoph-fructooligos 500 million cell-50 mg TABLET	*	
lactobacillus acidoph-l.bulgar 1 million cell TABLET	*	
lactobacillus acidophilus 0.5 mg (100 million cell), 1 billion cell TABLET	*	
LAMISIL AT 1 % CREAM	*	
lax stool softener with senna 8.6-50 mg TABLET	*	
laxa basic 100 mg CAPSULE	*	
laxacin 8.6-50 mg TABLET	*	
laxaclear 17 gram/dose POWDER	*	
laxative (bisacodyl) 10 mg SUPPOSITORY	*	
laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET	*	
laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
laxative (sennosides) 15 mg, 25 mg, 8.6 mg TABLET	*	
laxative peg 3350 17 gram/dose POWDER	*	
laxative pills 25 mg TABLET	*	
laxative pills regular 15 mg TABLET	*	
levomefolate calcium 15 mg, 7.5 mg TABLET	*	
levonorgestrel 1.5 mg TABLET	*	
lice killing 0.33-4 % SHAMPOO	*	
lice killing (permethrin) 1 % LIQUID	*	
lice pyrinyl shampoo 0.33-4 % SHAMPOO	*	
lice treatment 0.33-4 % SHAMPOO	*	
lice treatment 1 % LIQUID	*	
lice treatment (permethrin) 1 % LIQUID	*	
lidocaine 4 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
lintera 10 % CLEANSER	*	
liquid antacid 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
liquid b-12 1,000 mcg/15 ml LIQUID	*	
liquid calcium with vitamin d 600 mg-5 mcg (200 unit) CAPSULE	*	
little remedies 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
little remedies fever and pain 160 mg/5 ml LIQUID	*	
little remedies saline 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
loperamide 1 mg/7.5 ml LIQUID	*	
loperamide 2 mg TABLET	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
loradamed 10 mg TABLET	*	
lorata-d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
lorata-dine d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
loratadine 10 mg TABLET	*	
loratadine 10 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
loratadine-d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
loratadine-d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
LORID 1 MG-200 MG- 300 MCG TABLET	*	
lotrimin af 2 % POWDER	*	
LOTRIMIN AF (CLOTRIMAZOLE) 1 % CREAM	*	
lubricant eye 57.3-42.5 %, 57.7-31.9 % OINTMENT	*	
lubricant eye (cmc-glycer)(pf) 0.5-0.9 % DROPPERETTE	*	
lubricant eye (cmc-glycerin) 0.5-0.9 % DROPS	*	
lubricant eye (pg-peg 400) 0.4-0.3 % DROPS	*	
lubricant eye (pg-peg 400)(pf) 0.4-0.3 % DROPPERETTE	*	
lubricant eye (propyl glycol) 0.6 % DROPS	*	
lubricant eye drops 0.5 % DROPPERETTE	*	
lubricant eye drops 0.5 % DROPS	*	
lubricants GEL	*	
lubricating jelly (chlorhexid) GEL	*	
lubricating plus 0.5 % DROPPERETTE	*	
lubrifresh pm 83-15 % OINTMENT	*	
m-dryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
m-pap 160 mg/5 ml LIQUID	*	
MAALOX ADVANCED 200-200-20 MG/5 ML SUSPENSION	*	
maalox maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
MAD NASAL ATOMIZER-1 ML SYRING COMBO PACK	*	
MAG-AL PLUS 200-200-20 MG/5 ML SUSPENSION	*	
mag-al plus extra strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
MAGNEBIND 300 250-300 MG TABLET	*	
magnesium citrate SOLUTION	*	
magnesium hydroxide 400 mg/5 ml SUSPENSION	*	
magnesium oxide 400 mg (241.3 mg magnesium), 400 mg magnesium TABLET	*	
mapap (acetaminophen) 500 mg CAPSULE	*	
max sleep junior 1 mg/ml LIQUID	*	
maxallergy kids 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
maxi-tuss ac 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
maxi-tuss g 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
maxrelief junior 160 mg/5 ml LIQUID	*	
maxrelief junior 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
maxtussin 100 mg/5 ml LIQUID	*	
maxtussin dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
meclizine 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
meclizine 25 mg TABLET	*	
medi-meclizine 25 mg TABLET	*	
MEDI-PADS 50 % PADS, MEDICATED	*	
medicated pads 50 % PADS, MEDICATED	*	
medicated wipes 50 % PADS, MEDICATED	*	
mediproxen 220 mg TABLET	*	
melatonin 1 mg, 10 mg, 12 mg, 3 mg, 300 mcg, 5 mg TABLET	*	
melatonin 1 mg, 2.5 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET	*	
melatonin 1 mg/4 ml, 10 mg/ml, 3 mg/4 ml DROPS	*	
melatonin 1 mg/ml, 2.5 mg/10 ml, 5 mg/15 ml LIQUID	*	
melatonin 10 mg, 3 mg, 5 mg CAPSULE	*	
melatonin-lemon balm leaf extr 10-1 mg TABLET	*	
melatonin-pyridoxine hcl (b6) 3-10 mg TABLET	*	
menopause support 30-400-80 unit-mcg-mg TABLET	*	
META APPETITE CTRL (ASPARTAME) 3 GRAM/5.8 GRAM POWDER	*	
METAMUCIL 3.4 GRAM/5.4 GRAM POWDER	*	
metamucil (sugar) POWDER	*	
METAMUCIL (WITH SUGAR) 3 GRAM/7 GRAM, 3.4 gram/12 gram, 3.4 GRAM/7 GRAM POWDER	*	
METAMUCIL FREE (WITH SUGAR) 3 GRAM/7 GRAM POWDER	*	
METAMUCIL MULTIHEALTH FIBER 3.4 GRAM/5.8 GRAM POWDER	*	
METAMUCIL SUGAR-FREE (ASPART) 3.4 GRAM/5.8 GRAM POWDER	*	
metamucil sunrise POWDER	*	
mgo 400 mg (241.3 mg magnesium) TABLET	*	
miconazole nitrate 2 % CREAM	*	
miconazole nitrate 2 % POWDER	*	
miconazole-3 200 mg- 2 % (9 gram) KIT	*	
miconazole-3 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) COMBO PACK, PREFILL, CREAM	*	
miconazole-3 prefil,cream,wipe 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) KIT	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
miconazole-7 2 % CREAM	*	
miconazorb af 2 % POWDER	*	
micotrin ac 1 % CREAM	*	
micotrin ap 2 % POWDER	*	
micro-guard 2 % POWDER	*	
microdot glucose gel 40 % GEL	*	
migraine formula 250-250-65 mg TABLET	*	
migraine relief 250-250-65 mg TABLET	*	
milk of magnesia 400 mg/5 ml SUSPENSION	*	
milk of magnesia concentrated 2,400 mg/10 ml SUSPENSION	*	
MINI PRENATAL 6.75 MG IRON- 200 MCG TABLET	*	
mintox maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
mintox plus 200-200-25 mg CHEWABLE TABLET	*	
MIRALAX 17 GRAM POWDER IN PACKET	*	
MIRALAX 17 GRAM/DOSE POWDER	*	
mix-in laxative 17 gram POWDER IN PACKET	*	
monistat 1 (tioconazole) 6.5 % OINTMENT	*	
MONISTAT 1 COMBO PACK 1,200-2 MG-% KIT	*	
monistat 3 200 mg- 2 % (9 gram) KIT	*	
MONISTAT 3 4 % (200 MG)- 2 % (9 GRAM) COMBO PACK, PREFILL, CREAM	*	
MONISTAT 7 2 % CREAM	*	
monistat care (hydrocortisone) 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
motion sickness 50 mg TABLET	*	
motion sickness (meclizine) 25 mg TABLET	*	
motion sickness relief 50 mg TABLET	*	
motion sickness relief(mecliz) 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
motion sickness relief(mecliz) 25 mg TABLET	*	
motion-time 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
motrin arthritis pain 1 % GEL	*	QL(1000 cada 30 días)
motrin ib 200 mg TABLET	*	
move it along 100 mg TABLET	*	
MUCINEX 1,200 MG, 600 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
mucinex fast-max dm max 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
mucinex fast-max kick cong-cgh 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
mucosa dm 20-400 mg TABLET	*	
mucus relief dm 20-400 mg TABLET	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
mucus relief dm cough 20-400 mg TABLET	*	
mucus relief dm max 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
mucus relief er 1,200 mg, 600 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
MUCUS-CHEST CONGESTION 100 MG/5 ML LIQUID	*	
mucus-er max 1,200 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
multi antibiotic plus 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	*	
multihealth fiber 3.4 gram/5.8 gram POWDER	*	
multihealth fiber (sugar) 3.4 gram/7 gram POWDER	*	
MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS 500 MG-400 MCG- 23.9 MG-3 MG TABLET	*	
mvi, adult no.4 with vit k 3,300 unit- 150 mcg/10 ml SOLUTION	*	
mvi, pedi no.1 with vit k 80 mg-400 unit- 200 mcg/5 ml SOLUTION	*	
my choice 1.5 mg TABLET	*	
my way 1.5 mg TABLET	*	
mycozyl ac 1 % CREAM	*	
mycozyl ap 2 % POWDER	*	
myferon 150 150 mg iron CAPSULE	*	
mylanta maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL	*	
naproxen sodium 220 mg TABLET	*	
naramin 12.5 mg/5 ml LIQUID IN PACKET	*	
NARCAN 4 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL	*	
nasal moisturizing 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
nasal spray (sodium chloride) 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
natura-lax 17 gram/dose POWDER	*	
natural daily fiber 3.4 gram/5.8 gram POWDER	*	
natural fiber laxative (sugar) POWDER	*	
natural fiber laxative(aspart) POWDER	*	
natural senna laxative 8.6 mg TABLET	*	
natural tears (pf) 0.1-0.3 % DROPPERETTE	*	
natural veg laxative(sennosid) 8.6 mg TABLET	*	
nebusal 3 % SOLUTION FOR NEBULIZATION	*	
neosporin (neo-bac-polym) 3.5-400-5,000 mg-unit-unit OINTMENT IN PACKET	*	
NEOSPORIN (NEO-BAC-POLYM) 3.5MG-400 UNIT- 5,000 UNIT/GRAM OINTMENT	*	
neosporin plus burn relief 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF 3.5-10,000-10 MG-UNIT-MG/GRAM CREAM	*	
NEOSPORIN PLUS PAINRELIEF(BAC) 3.5-500-10,000 MG-UNIT-UNIT/G OINTMENT	*	
NEOSPORIN-PAIN ITCH SCAR 3.5-500-10,000 MG-UNIT-UNIT/G OINTMENT	*	
neutraphor 1 % CREAM	*	
new day 1.5 mg TABLET	*	
niacin 100 mg, 250 mg, 50 mg, 500 mg TABLET	*	
niacin (inositol niacinate) 500 mg TABLET	*	
niacinamide 250 mg, 50 mg, 500 mg TABLET	*	
NICODERM CQ 14 MG/24 HR, 21 MG/24 HR, 7 MG/24 HR PATCH, 24 HR.	*	
NICORETTE 2 MG, 4 MG GUM	*	
nicorette 2 mg, 4 mg LOZENGE	*	
NICORETTE 2 MG, 4 MG MINI LOZENGE	*	
nicotine 14 mg/24 hr, 21 mg/24 hr, 7 mg/24 hr PATCH, 24 HR.	*	
nicotine 21-14-7 mg/24 hr PATCH, TD DAILY, SEQUENTIAL	*	
nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg GUM	*	
nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg LOZENGE	*	
nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg MINI LOZENGE	*	
nighttime allergy relief 25 mg TABLET	*	
nighttime dry-eye relief 57.3-42.5 % OINTMENT	*	
nighttime sleep aid (diphen) 25 mg TABLET	*	
NIX CREME RINSE 1 % LIQUID	*	
noble formula hc 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
non-aspirin 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
non-aspirin 325 mg TABLET	*	
normal saline flush SYRINGE	*	
nortemp 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
NU-IRON 150 MG IRON CAPSULE	*	
NUPERCAINAL 1 % OINTMENT	*	
nusyllium 3.4 gram/12 gram POWDER	*	
nytol 25 mg TABLET	*	
odor control foot-sneaker 1 % AEROSOL POWDER	*	
olopatadine 0.1 %, 0.2 % DROPS	*	
ONE A DAY WOMEN'S PRENATAL DHA 28 MG IRON- 800 MCG COMBO PACK	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
one daily prenatal 28-800-440 mg-mcg-mg COMBO PACK	*	
ONE-A-DAY PRENATAL-1 27 MG IRON- 800 MCG-235 MG CAPSULE	*	
onelax bisacodyl 10 mg SUPPOSITORY	*	
onelax docusate sodium 50 mg/5 ml LIQUID	*	
onelax fiber (with sucrose) 3.4 gram/12 gram POWDER	*	
onelax magnesium citrate SOLUTION	*	
onelax senna 8.8 mg/5 ml SYRUP	*	
onevite calcium-d3 500 mg-5 mcg (200 unit), 600 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	*	
opcicon one-step 1.5 mg TABLET	*	
OPILL 0.075 MG TABLET	*	
optimal d3 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	*	
option-2 1.5 mg TABLET	*	
oral relief dry mouth SPRAY WITH PUMP	*	
ORAZINC 50 MG ZINC (220 MG) CAPSULE	*	
ORTHO-TABS 500 MG-400 UNIT -15 MCG-200 MCG TABLET	*	
overnight lubricating eye 94-3 % OINTMENT	*	
oysco 500/d 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
oyster shell + d3 250 mg-3.125 mcg (125 unit) TABLET	*	
oyster shell calcium 500 mg calcium (1,250 mg) TABLET	*	
oyster shell calcium 500 500 mg calcium (1,250 mg) TABLET	*	
oyster shell calcium-vit d3 250 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
oystercal-d 500 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	*	
p-col rite 8.6-50 mg TABLET	*	
pain relief (acetaminophen) 160 mg/5 ml LIQUID	*	
pain relief (acetaminophen) 325 mg TABLET	*	
pain relief (acetaminophen) 650 mg TABLET ER	*	
pain relief (ibuprofen) 200 mg TABLET	*	
pain reliever (acetam-aspirin) 250-250-65 mg TABLET	*	
pain reliever (acetaminophen) 325 mg TABLET	*	
pain reliever (acetaminophen) 650 mg SUPPOSITORY	*	
pain reliever plus 250-250-65 mg TABLET	*	
pain-off 250-250-65 mg TABLET	*	
panoxyl 10 % CLEANSER	*	
PATADAY ONCE DAILY RELIEF 0.2 % DROPS	*	
PATADAY TWICE DAILY RELIEF 0.1 % DROPS	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
pediatric enema 9.5-3.5 gram/59 ml ENEMA	*	
PEPCID AC 10 MG TABLET	*	
perdiem overnight relief 15 mg TABLET	*	
PERSA-GEL 10 % GEL	*	
personal lubricating jelly GEL	*	
pharbechlor 4 mg TABLET	*	
pharbedryl 25 mg, 50 mg CAPSULE	*	
pharbetol 325 mg TABLET	*	
pharbinex-dm 20-400 mg TABLET	*	
PHAZYME 180 MG CAPSULE	*	
phenazopyridine 95 mg TABLET	*	
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA 400 MG/5 ML SUSPENSION	*	
phillips' liqui-gels 100 mg CAPSULE	*	
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml SYRINGE	*	
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml, 10 mg/ml SOLUTION	*	
phytonadione (vitamin k1) 5 mg TABLET	*	
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET	*	
pnv no.95-ferrous fumarate-fa 28 mg iron- 800 mcg TABLET	*	
poly bacitracin (zinc) 500-10,000 unit/gram OINTMENT	*	
poly-iron 150 mg iron CAPSULE	*	
polyethylene glycol 3350 17 gram POWDER IN PACKET	*	
polyethylene glycol 3350 17 gram/dose POWDER	*	
polysaccharide iron complex 150 mg iron CAPSULE	*	
POLYSPORIN 500-10,000 UNIT/GRAM OINTMENT	*	
POLYSPORIN 500-10,000 UNIT/GRAM OINTMENT IN PACKET	*	
polyvinyl alcohol 1.4 % DROPS	*	
povidone-iodine 10 % LIQUID IN PACKET	*	
povidone-iodine 10 % SOLUTION	*	
povidone-iodine 10 % SPRAY, NON-AEROSOL	*	
powderlax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
powderlax 17 gram/dose POWDER	*	
pre-moistened medicated wipes PADS	*	
prenatal 28 mg iron- 800 mcg, 28-800 mg-mcg TABLET	*	
prenatal + dha 28 mg iron- 975 mcg-200 mg, 28 mg iron-800 mcg-200 mg COMBO PACK	*	
prenatal complete 14 mg iron- 400 mcg TABLET	*	
prenatal formula 28 mg iron- 800 mcg, 9 mg iron- 267 mcg TABLET	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATAL FORMULA-DHA 28 MG-800 MCG- 200 MG CAPSULE	*	
prenatal multi 27-800 mg-mcg TABLET	*	
prenatal multi-dha (algal oil) 27mg iron- 800 mcg-250 mg CAPSULE	*	
prenatal multi-dha(with vit k) 27 mg iron-800 mcg-260 mg CAPSULE	*	
prenatal multivitamins 28 mg iron- 800 mcg TABLET	*	
prenatal one daily 27 mg iron- 800 mcg TABLET	*	
prenatal tablet 28 mg iron- 800 mcg TABLET	*	
prenatal vit no.179-iron-folic 28 mg iron- 800 mcg TABLET	*	
prenatal vit-iron fum-folic ac 28 mg iron- 800 mcg TABLET	*	
prenatal vitamin 27 mg iron- 0.8 mg, 27 mg iron- 800 mcg TABLET	*	
prenatal vitamin plus low iron 27 mg iron- 1 mg TABLET	*	
prenatal vitamin with minerals 28 mg iron- 800 mcg TABLET	*	
PREPARATION H 0.25-14-74.9 % OINTMENT	*	
preparation h (pe) 0.25 % SUPPOSITORY	*	
preparation h (witch hazel) 20 %, 50 % PADS, MEDICATED	*	
preparation h hydrocortisone 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
probiotic acidophilus (4 strn) 1 billion cell- 250 mg TABLET	*	
probiotic colon support 70 mg (5 billion cell) TABLET, DR/EC	*	
promethazine-codeine 6.25-10 mg/5 ml SYRUP	*	
promethazine-dm 6.25-15 mg/5 ml SOLUTION	*	
promolaxin 100 mg TABLET	*	
psyllium husk (with sugar) 3 gram/7 gram POWDER	*	
pulmosal 7 % SOLUTION FOR NEBULIZATION	*	
pure and gentle (saline) 19-7 gram/118 ml ENEMA	*	
pure l-citrulline 600 mg CAPSULE	*	
purelax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
purelax 17 gram/dose POWDER	*	
purevita folic acid 400 mcg TABLET	*	
purevita vitamin d3 25 mcg (1,000 unit) TABLET	*	
pvp prep 10 % SOLUTION	*	
pyridoxine (vitamin b6) 100 mg/ml SOLUTION	*	
pyridoxine (vitamin b6) 25 mg TABLET	*	
quit 2 2 mg GUM	*	
quit 2 2 mg LOZENGE	*	
quit 4 4 mg GUM	*	
quit 4 4 mg LOZENGE	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
READY-TO-USE ENEMA 19-7 GRAM/118 ML ENEMA	*	
READYPREP CHG 2 % TOWELETTE	*	
readyprep pvp 10 % SOLUTION	*	
refenesen dm 20-400 mg TABLET	*	
REFRESH CELLUVISC 1 % DROPPERETTE, GEL	*	
REFRESH CLASSIC (PF) 1.4-0.6 % DROPPERETTE	*	
REFRESH DIGITAL 0.5-1-0.5 % DROPS	*	
REFRESH DIGITAL PF 0.5-1-0.5 % DROPPERETTE	*	
REFRESH LACRI-LUBE 56.8-42.5 % OINTMENT	*	
REFRESH LIQUIGEL 1 % DROPS, LIQUID GEL	*	
REFRESH OPTIVE 0.5-0.9 % DROPS	*	
REFRESH OPTIVE 1-0.9 % DROPS, GEL	*	
REFRESH OPTIVE ADVANCED 0.5-1-0.5 % DROPS	*	
REFRESH OPTIVE ADVANCED (PF) 0.5-1-0.5 % DROPPERETTE	*	
REFRESH OPTIVE MEGA-3 (PF) 0.5-1-0.5 % DROPPERETTE	*	
REFRESH OPTIVE SENSITIVE (PF) 0.5-0.9 % DROPPERETTE	*	
REFRESH P.M. 57.3-42.5 % OINTMENT	*	
REFRESH PLUS 0.5 % DROPPERETTE	*	
REFRESH RELIEVA 0.5-0.9 % DROPS	*	
REFRESH RELIEVA PF 0.5-0.9 % DROPS	*	
REFRESH TEARS 0.5 % DROPS	*	
REFRESH TEARS PF 0.5-0.9 % DROPS	*	
reguloid (aspartame) 3 gram/5.8 gram POWDER	*	
reguloid (psyllium husk-sucro) 3 GRAM/12 GRAM, 3 gram/7 gram POWDER	*	
REMEDY ANTIFUNGAL 2 % CREAM	*	
remedy antifungal 2 % POWDER	*	
remedy phytoplex antifungal 2 % POWDER	*	
RENAL MULTIVITAMIN 800 MCG-60 MG- 25 MCG-8MG IRON TABLET	*	
RESPA-AR 8-90-0.24 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
rest simply nighttime sleep 25 mg TABLET	*	
restore plus (cmcellulose) 0.5 % DROPPERETTE	*	
restore pm 57.3-42.5 % OINTMENT	*	
retaine allergy 0.2 % DROPS	*	
retaine cmc 0.5 % DROPPERETTE	*	
retaine pm 80-20 % OINTMENT	*	
rid lice killing 0.33-4 % SHAMPOO	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ringworm 1 % CREAM	*	
RISA-BID 1 BILLION CELL- 250 MG TABLET	*	
robafen dm 5-50 mg/5 ml LIQUID	*	
robitussin cough-chest cong dm 5-100 mg/5 ml, 5-50 MG/5 ML LIQUID	*	
robitussin er 30 mg/5 ml SUSPENSION, ER 12 HR.	*	
robitussin honey max dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
safe tussin dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
saline mist 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
saline nasal 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
saline nasal mist 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
saline nose 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
SCOT-TUSSIN EXPECTORANT 100 MG/5 ML LIQUID	*	
SCRUB CARE EXIDINE 4 % LIQUID	*	
scrub care povidone iodine 10 % SOLUTION	*	
SCRUB CHLORHEXIDINE GLUCONATE 4 % LIQUID	*	
secura antifungal extra thick 2 % CREAM	*	
secura dimethicone 5 % CREAM	*	
selsun blue 1 % SHAMPOO	*	
selsun blue 2-in-1 1 % SHAMPOO	*	
selsun blue moisturizing 1 % SHAMPOO	*	
senexon-s 8.6-50 mg TABLET	*	
senna 8.6 mg TABLET	*	
senna 8.8 mg/5 ml SYRUP	*	
senna lax 8.6 mg TABLET	*	
senna laxative 8.6 mg TABLET	*	
senna plus 8.6-50 mg TABLET	*	
senna-s 8.6-50 mg TABLET	*	
senna-time s 8.6-50 mg TABLET	*	
sennosides 8.6 mg TABLET	*	
sennosides 8.8 mg/5 ml SYRUP	*	
sennosides-docusate sodium 8.6-50 mg TABLET	*	
SENOKOT 8.6 MG TABLET	*	
SENOKOT-S 8.6-50 MG TABLET	*	
sentia 0.6 % DROPS	*	
simethicone 180 mg CAPSULE	*	
SIMILAC PRENATAL 27 MG IRON-800 MCG-200 MG COMBO PACK	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
simply sleep 25 mg TABLET	*	
skin protectant a and d OINTMENT	*	
skin protectant a-d (pet, lan) OINTMENT	*	
sleep aid (diphenhydramine) 25 mg TABLET	*	
sleep ii 25 mg TABLET	*	
sleep tablet (diphenhydramine) 25 mg TABLET	*	
SLEEP-TABS 25 MG TABLET	*	
smooth antacid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
smooth texture fiber 3 gram/5.8 gram POWDER	*	
smoothlax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
smoothlax 17 gram/dose POWDER	*	
sodium bicarbonate 325 mg, 650 mg TABLET	*	
sodium chlor 0.9% bacteriostat 0.9 % SOLUTION	*	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION FOR NEBULIZATION	*	
sodium chloride 0.9 % SYRINGE	*	
sodium chloride 1,000 mg TABLET, SOLUBLE	*	
sodium chloride 0.9 % (flush) SYRINGE	*	
sominex 25 mg TABLET	*	
SOOTHE AND COOL INZO BARRIER 5 % CREAM	*	
SOOTHE HYDRATION 1.25 % DROPS	*	
SOOTHE NIGHT TIME LUBRICANT 80-20 % OINTMENT	*	
soothe xp 1-4.5 % DROPS	*	
SOOTHE XP (PF) 1-4.5 % DROPPERETTE	*	
soothing pureway-c 500 mg TABLET	*	
SORBITOL 70 % SOLUTION	*	
sorbugen nr 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
SORBUTUSS 10-100-85 MG/5 ML LIQUID	*	
st joseph aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	*	
st. joseph aspirin 81 mg TABLET, DR/EC	*	
sterile saline 0.9 % SOLUTION	*	
stimulant laxative plus 8.6-50 mg TABLET	*	
STOOL SOFTENER 100 MG CAPSULE	*	
stool softener 100 mg TABLET	*	
stool softener 50 mg/5 ml LIQUID	*	
stool softener (docusate cal) 240 mg CAPSULE	*	
stool softener-laxative 8.6-50 mg TABLET	*	
stool softener-stimulant laxat 8.6-50 mg TABLET	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
stop smoking aid 2 mg, 4 mg LOZENGE	*	
strawberry c 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
STRESS FORMULA WITH IRON 500 MG-400 MCG- 18 MG IRON TABLET	*	
STRESS FORMULA WITH IRON(SULF) 500 MG-400 MCG- 27 MG IRON TABLET	*	
STUART ONE 27 MG IRON- 800 MCG-200 MG CAPSULE	*	
stye (pva-povidone) 0.5-0.6 % DROPS	*	
STYE LUBRICANT 57.7-31.9 % OINTMENT	*	
super quints 0.4 mg TABLET	*	
super quints b-50 TABLET	*	
SURFAK 240 MG CAPSULE	*	
swabflush SYRINGE W/SWAB CAP	*	
SWEEN CREAM	*	
SWEEN CREAM CREAM	*	
SYSTANE (PROPYLENE GLYCOL) 0.4-0.3 % DROPS	*	
SYSTANE BALANCE 0.6 % DROPS	*	
SYSTANE COMPLETE 0.6 % DROPS	*	
SYSTANE GEL 0.3 % GEL	*	
SYSTANE GEL 0.4-0.3 % DROPS, GEL	*	
SYSTANE HYDRATION (PF) 0.4-0.3 % DROPPERETTE	*	
SYSTANE HYDRATION (PF) 0.4-0.3 % DROPS	*	
SYSTANE ULTRA 0.4-0.3 % DROPS	*	
SYSTANE ULTRA (PF) 0.4-0.3 % DROPPERETTE	*	
SYSTANE ULTRA (PF) 0.4-0.3 % DROPS	*	
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET	*	
TAME THE FLAME 195 MG CALCIUM (500 MG) CHEWABLE TABLET	*	
terbinafine hcl 1 % CREAM	*	
the magic bullet 10 mg SUPPOSITORY	*	
thera antifungal 2 % CREAM	*	
thera antifungal 2 % POWDER	*	
thera moisturizing 1.5 % CREAM	*	
thera-d 50 mcg (2,000 unit) TABLET	*	
THERANATAL 27 MG IRON- 1 MG TABLET	*	
THERANATAL COMPLETE 27 MG IRON- 1 MG-150 MG COMBO PACK	*	
THERANATAL ONE 27 MG IRON-1000 MCG-300 MG CAPSULE	*	
THERANATAL OVAVITE 18-1-125 MG-MG-UNIT COMBO PACK	*	
THERANATAL PLUS 27 MG IRON- 1 MG-300 MG COMBO PACK	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
theratears 1 % DROPPERETTE, GEL	*	
thiamine hcl (vitamin b1) 100 mg/ml SOLUTION	*	
TINACTIN 1 % AEROSOL POWDER	*	
TINACTIN 1 % CREAM	*	
TINACTIN 1 % POWDER	*	
tioconazole 6.5 % OINTMENT	*	
tioconazole-1 6.5 % OINTMENT	*	
tolnaftate 1 % AEROSOL POWDER	*	
tolnaftate 1 % CREAM	*	
tolnaftate 1 % POWDER	*	
travel sickness 50 mg TABLET	*	
travel-ease (meclizine) 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
travel-ease (meclizine) 25 mg TABLET	*	
tri-buffered aspirin 325 mg TABLET	*	
trimazole 1 % CREAM	*	
TRIPLE ANTIBIOTIC 3.5-400-5,000 MG-UNIT-UNIT OINTMENT IN PACKET	*	
triple antibiotic 3.5mg-400 unit- 5,000 unit/gram OINTMENT	*	
triple antibiotic plus 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	
triple antibiotic spray 3.5-400-5,000 mg-unit-unit AEROSOL SPRAY	*	
triple antibiotic-pain relief 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	
TRITOLNACIDE C 1 % CREAM	*	
TROJAN BARESKIN DEVICE	*	
TROJAN EXTENDED PLEASURE DEVICE	*	
TROJAN MAGNUM CONDOMS DEVICE	*	
TROJAN PLEASURE PACK DEVICE	*	
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM DEVICE	*	
TROJAN ULTRA THIN DEVICE	*	
TROJAN ULTRA THIN SPERMICIDAL DEVICE	*	
TROJAN VERY THIN LUB CONDOMS DEVICE	*	
TROJAN-ENZ (NON-LUB) CONDOMS DEVICE	*	
TROJAN-ENZ LUBRICATED CONDOMS DEVICE	*	
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL CONDOMS DEVICE	*	
TRONVITE 1 MG-100 MG- 300 MCG TABLET	*	
TRUE COVER CONDOM DEVICE	*	
trueplus glucose 3.75 gram CHEWABLE TABLET	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE	*	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE	*	
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE	*	
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE	*	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE	*	
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE	*	
tucks (witch hazel) 50 % PADS, MEDICATED	*	
TUMS 200 MG CALCIUM (500 MG), 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET	*	
TUMS E-X 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET	*	
TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET	*	
TUMS FRESHERS 200 MG CALCIUM (500 MG) CHEWABLE TABLET	*	
tusnel diabetic 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tusnel-ex 100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin 100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin cough-chest congestion 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
tussin dm 10-100 mg/5 ml, 5-50 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin dm 20-400 mg TABLET	*	
tussin dm clear 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin dm cough and chest 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
tussin dm cough and chest 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin dm max 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin mucus-chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	*	
TUXARIN ER 8-54.3 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
TYLENOL 8 HOUR 650 MG TABLET ER	*	
TYLENOL ARTHRITIS PAIN 650 MG TABLET ER	*	
ultra a-d 2 mg TABLET	*	
ULTRA B-100 COMPLEX (FOODBASE) 400 MCG-100MCG- 100 MCG TABLET	*	
ultra fresh 0.5 % DROPS	*	
ultra fresh pm OINTMENT	*	
ultra lubricant eye 0.4-0.3 % DROPS	*	
ultra tuss safe 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
UP4 PROBIOTICS KIDS CUBES 1 BILLION CELL- 20 MCG CHEWABLE TABLET	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
urinary pain relief 95 mg TABLET	*	
uro-pain 95 mg TABLET	*	
VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM 28 % FILM	*	
VANALICE 0.3-3.5 % GEL	*	
vanicream hc 1 % CREAM	*	
vanquish 250-250-65 mg TABLET	*	
VCF CONTRACEPTIVE FILM 28 % FILM	*	
vcf contraceptive gel 4 % GEL	*	
vegetable lax-stool softener 8.6-50 mg TABLET	*	
vegetable laxative 8.6 mg TABLET	*	
VEGETARIAN BONEUP 166.6 MG-4.15 MCG-83.3 MG TABLET	*	
ventiva tears 0.5 % DROPS	*	
verticalm 25 mg TABLET	*	
vis guard (petrolatum-min oil) 83-15 % OINTMENT	*	
vis guard (polyvinyl alcohol) 1.4 % DROPS	*	
vista gel 0.3 % GEL	*	
vista meibo tears 0.6 % DROPS	*	
vista tears 0.4-0.3 % DROPS	*	
vit b comp-folic-choline-inosi 400 mcg-10 mg- 10 mg TABLET ER	*	
vitajoy melatonin 2.5 mg CHEWABLE TABLET	*	
vitamin a and d OINTMENT	*	
vitamin b complex TABLET	*	
VITAMIN B COMPLEX TABLET, DISINTEGRATING	*	
VITAMIN B COMPLEX-ELECTROLYTES 0.4 MG TABLET	*	
vitamin b complex-folic acid 0.4 mg TABLET	*	
vitamin b complex-folic acid 400 mcg TABLET ER	*	
vitamin b-12 1,000 mcg TABLET	*	
vitamin b-12 1,000 mcg TABLET ER	*	
vitamin b-6 25 mg TABLET	*	
vitamin c 250 mg, 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
vitamin c 250 mg, 500 mg TABLET	*	
vitamin c 500 mg TABLET ER	*	
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	
vitamin d3 10 mcg (400 unit) CHEWABLE TABLET	*	
vitamin d3 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 50 mcg (2,000 unit) TABLET	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
vitamin d3 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1,000 unit), 50 mcg (2,000 unit) CAPSULE	*	
vitamin k 1 mg/0.5 ml SOLUTION	*	
vitamins b complex TABLET	*	
vitasure 1 mg-100 mg- 300 mcg TABLET	*	
vits a and d-white pet-lanolin OINTMENT	*	
VOLTAREN ARTHRITIS PAIN 1 % GEL	*	QL(1000 cada 30 días)
wal-dram 50 mg TABLET	*	
wal-dram 2 25 mg TABLET	*	
wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
wal-dryl allergy 25 mg CAPSULE	*	
wal-dryl allergy 25 mg TABLET	*	
wal-fex allergy 180 mg, 60 mg TABLET	*	
wal-finate 4 mg TABLET	*	
wal-itin 10 mg TABLET	*	
wal-itin d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
wal-itin d 12 hour 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
wal-mucil fiber (aspartame) 3.4 gram/5.8 gram POWDER	*	
wal-mucil fiber (sugar) 3.4 gram/7 gram POWDER	*	
wal-mucil natural fiber lax 3.4 gram/12 gram POWDER	*	
wal-profen 200 mg TABLET	*	
wal-proxen 220 mg TABLET	*	
wal-sporin 500-10,000 unit/gram OINTMENT	*	
wal-tussin 100 mg/5 ml LIQUID	*	
wal-tussin dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
wal-tussin dm clear 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
wal-zyr (cetirizine) 10 mg TABLET	*	
wal-zyr (ketotifen) 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
wal-zyr d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
weekly-d 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	*	
woman's laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET	*	
women's gentle laxative(bisac) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
women's laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET	*	
women's prenatal plus dha 28 mg-975 mcg- 200 mg COMBO PACK	*	
xvite 1 mg-100 mg- 300 mcg TABLET	*	
YUM-YUM DOPHILUS 2.5 BILLION CELL-50 MG, 500 MILLION CELL-50 MG CHEWABLE TABLET	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
zaditor 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
zantac-360 (famotidine) 20 mg TABLET	*	
zeasorb af 2 % POWDER	*	
zinc oxide 20 % OINTMENT	*	
zinc sulfate 50 mg zinc (220 mg) CAPSULE	*	
zinc sulfate 50 mg zinc (220 mg) TABLET	*	
zostrix-hp 0.1 % CREAM	*	
zyncof 20-400 mg TABLET	*	
ZYRTEC 10 MG TABLET	*	
ZYRTEC-D 5-120 MG TABLET, ER 12 HR.	*	

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

En esta sección, puede encontrar un medicamento buscando su nombre en orden alfabético. Le indicará el número de página donde puede encontrar información adicional sobre la cobertura de su medicamento.

#

1-day ... 95
12-hour cough relief ... 95
2-in-1 laxative ... 95
24hour allergy ... 95
3-day vaginal ... 96
4-n-1 no rinse wash ... 96
8 hour pain reliever ... 96
8hr muscle aches-pain ... 96

A

a and d (lanolin-petrolatum) ... 96
A AND D DIAPER RASH CREAM ... 96
abacavir ... 80
abacavir-lamivudine ... 81
ABELCET ... 66
abigale ... 32
abigale lo ... 32
ABILIFY ASIMTUFII ... 77
ABILIFY MAINTENA ... 77
abiraterone ... 68
abirtega ... 68
abreva ... 96
ABRYSVO (PF) ... 41
acamprosate ... 26
acarbose ... 89
accutane ... 28
acebutolol ... 19
acerola c ... 96
acetaminophen ... 96
acetaminophen-codeine ... 52
acetazolamide ... 19
acetic acid ... 55
acetylcysteine ... 92
acid controller ... 96
acid gone antacid ... 96
acid gone antacid e.strength ... 96
acid reducer (famotidine) ... 96
acid-pep ... 96
acidophilus ... 96
acidophilus-pectin, citrus ... 96
acitretin ... 28
acne control(benzoyl peroxide) ... 96
acne foaming wash ... 96
ACNE MEDICATION ... 96
acne treatment (benzoyl perox) ... 96
acne-clear ... 96
ACTHIB (PF) ... 41
ACTICAL ... 96
ACTIMMUNE ... 41
acyclovir ... 81
acyclovir sodium ... 81
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) ... 41
ADALIMUMAB-ADAZ ... 41, 42
ADALIMUMAB-ADBM ... 42
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS ... 42
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV ... 42
adapalene ... 28, 96
addaprin ... 96
adefovir ... 81
ADEMPAS ... 92
ADSTILADRIN ... 49
adult aspirin regimen ... 96
adult low dose aspirin ... 96
adult tussin chest congestion ... 96
adult wal-tussin ... 96
ADVAIR HFA ... 92
advanced antacid-antigas ... 96
advanced exfoliating cleanser ... 96
afatinib ... 68
afirmelle ... 32
after pill ... 97
AFTERA ... 97

AIMSCO LATEX CONDOM 97
AIRSUPRA 92
AKEEGA 68
alavert 97
alavert d-12 allergy-sinus 97
ALAWAY 97
albendazole 77
albuterol sulfate 92, 93
ALCOHOL PADS 49
ALCOHOL PREP PADS 49
ALCOHOL SWABS 49
ALCOHOL WIPES 49
ALECENSA 68
alendronate 25
aler-cap 97
aleve arthritis (diclofenac) 97
alfuzosin 32
aliskiren 19
ALIVE B-COMPLEX 97
alka-seltzer heartburn chew 97
alka-seltzer plus allergy 97
alkums 97
all day allergy (cetirizine) 97
all day allergy-d 97
all day pain relief 97
all day relief 97
ALLEGRA ALLERGY 97
ALLEGRA HIVES 97
ALLER-CHLOR 97
aller-ease 97
aller-fex 97
aller-g-time 97
aller-tec 97
aller-tec d 97
allerclear 97
allerclear d-12hr 97
allerclear d-24hr 97
allergy 97
allergy (chlorpheniramine) 97
allergy (diphenhydramine) 97
allergy and congestion relief 97
allergy d-12 97
allergy eye (ketotifen) 97
allergy medication 97
allergy medicine 98
allergy relief (cetirizine) 98
allergy relief (fexofenadine) 98
allergy relief (loratadine) 98
allergy relief d-24hr 98
allergy relief d12 98
allergy relief(chlorpheniramn) 98
allergy relief(diphenhydramin) 98
allergy relief,nasal decongest 98
allergy relief-d (cetirizine) 98
allergy relief-d (loratadine) 98
allergy-congestion relief-d 98
allergy-time 98
allopurinol 17
almacone-2 98
alophen (bisacodyl) 98
alosetron 30
alprazolam 55
altamist 98
altavera (28) 32
alum-mag hydroxide-simeth 98
aluminum hydroxide gel 98
ALUNBRIG 68
alyacen 1/35 (28) 32
alyacen 7/7/7 (28) 32
alyq 93
amantadine hcl 18
ambrisentan 93
amethia 32
amethyst (28) 32
amikacin 55
amiloride 19
amiloride-hydrochlorothiazide 19
aminofen 98
aminophylline 93
AMINOSYN II 10 % 84

AMINOSYN II 15 % 84
AMINOSYN-PF 10 % 84
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) 84
amiodarone 19
amitriptyline 64
amlodipine 19
amlodipine-atorvastatin 19
amlodipine-benazepril 19
amlodipine-olmesartan 19
amlodipine-valsartan 19
ammonium lactate 28
amnesteem 28
amoxapine 64
amoxicillin 56
amoxicillin-pot clavulanate 56
amphotericin b 66
amphotericin b liposome 66
ampicillin 56
ampicillin sodium 56
ampicillin-sulbactam 56
anagrelide 88
anastrozole 68
ANKTIVA 68
antacid 98
antacid (calcium carbonate) 98
antacid anti-gas 98
antacid calcium 98
antacid exst (mag carb-al hyd) 98
antacid ext str (calcium carb) 98
antacid liquid 98
antacid m 98
antacid maximum strength 98
antacid plus anti-gas 98
antacid regular strength 98
antacid ultra strength 99
antacid-antigas 99
anti-dandruff 99
anti-dandruff with menthol 99
anti-diarrheal (loperamide) 99
anti-gas ultra strength 99
anti-itch (hc) 99
antibiotic (bacitracin zinc) 99
antibiotic (neomy-bacit-polym) 99
antibiotic plus (pramoxine) 99
antibiotic plus pain rel(pram) 99
antibiotic-pain relief (bacit) 99
antifungal (clotrimazole) 99
antifungal (miconazole) 99
antifungal (terbinafine) 99
antifungal (tolnaftate) 99
antifungal extra thick 99
antifungal ringworm 99
antifungal spray 99
antiseptic 99
antiseptic skin clnsr(chlorhe) 99
antitussive dm 99
aphen 99
apomorphine 18
aprepitant 66
apri 32
APTIVUS 81
aquaphor itch relief 99
aranelle (28) 32
ARCALYST 42
AREXVY (PF) 42
arformoterol 93
arginine (l-arginine) 99
arginine hcl (l-arginine) 100
ARIKAYCE 56
aripiprazole 77
ARISTADA 77, 78
ARISTADA INITIO 78
ARMOUR THYROID 40
ARNUITY ELLIPTA 93
arthritis pain (diclofenac) 100
arthritis pain relief (acetam) 100
arthritis pain relief(capsaic) 100
arthritis pain reliever 100
artificial eye lubricant 100
artificial tear(dxtrn-hpm-gly) 100

artificial tears (pf) 100
artificial tears(dext70-hypro) 100
artificial tears(pg-hypm-glyc) 100
artificial tears(pvalch-povid) 100
ascorbic acid (vitamin c) 100
ascorbic acid-ascorbate sodium 100
asenapine maleate 78
ashlyna 32
aspercreme arthritis pain 100
aspirin 100
aspirin childrens 100
aspirin,buffd-calcium carb-mag 100
atazanavir 81
atenolol 19
atenolol-chlorthalidone 19
athenol 100
athlete's foot 100
athlete's foot (clotrimazole) 100
athlete's foot (terbinafine) 100
athlete's foot (tolnaftate) 100
athletic foot cream 100
atomoxetine 26
atorvastatin 19
atovaquone 77
atovaquone-proguanil 77
atropine 46
ATROPINE SULFATE (PF) 46
ATROVENT HFA 93
aubra 33
aubra eq 33
AUGTYRO 68
aurovela 1.5/30 (21) 33
aurovela 1/20 (21) 33
aurovela 24 fe 33
aurovela fe 1-20 (28) 33
aurovela fe 1.5/30 (28) 33
AUSTEDO 26
AUSTEDO XR 26
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 26
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE 49
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS 49
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS 49
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 49
AUVELITY 64
AUVI-Q 93
AVEENO ANTI-ITCH (HYDROCORTSN) 100
aviane 33
AVMAPKI-FAKZYNJA 68
AYR SALINE 100
ayuna 33
AYVAKIT 68
azacitidine 68
azathioprine 42
azelaic acid 28
azelastine 46, 93
azithromycin 56
AZO URINARY PAIN RELIEF 100
aztreonam 56
azurette (28) 33

B

b complex 1 (with folic acid) 100
b complex 100 100
b-50 complex (with herbs) 100
b-complex 101
b-sure 101
BABY AYR SALINE 101
bacitracin 46, 56, 101
bacitracin zinc 101
bacitracin-polymyxin b 46
bacitraycin plus 101
baclofen 17
BACTOSHIELD CHG 101
bal-care dha 84
balance b-50 (with folic acid) 101
balanced b-100 101
balanced b-50 101
balsalazide 25
BALVERSA 68, 69
balziva (28) 33
ban-acid 101

BAND-AID GAUZE PADS 49
BAND-AID PLUS ANTIBIOTIC 101
banophen 101
BAQSIMI 89
BARACLUDE 81
BAVENCIO 69
bayer aspirin 101
bayer low dose aspirin 101
baza antifungal 101
BCG VACCINE, LIVE (PF) 42
BD ALCOHOL SWABS 49
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 49
BD ECLIPSE LUER-LOK 49
BD INSULIN SYRINGE 49
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 49
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 49
BD INSULIN SYRINGE U-500 49
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 49
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 50
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 50
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 50
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 50
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 50
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 50
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 50
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 50
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 50
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 50
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 50
beauty 360 daily moisturizing 101
BELSOMRA 49
BENADRYL 101
benadryl allergy 101
benazepril 19
benazepril-hydrochlorothiazide 19
BENEFIBER HEALTHY SHAPE 101
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN) 101
BENLYSTA 42
benzonatate 101
benzoyl peroxide 101
benztropine 18
BEQALZI 69
BEQALZI STARTER PACK 69
BESREMI 42
BESREMI PEN 42
best fiber 101
BETADINE 101
BETADINE OPHTHALMIC PREP 46
betaine 95
betamethasone acet,sod phos 39
betamethasone dipropionate 28
betamethasone valerate 28
betamethasone, augmented 28
BETASEPT SURGICAL SCRUB 101
betaxolol 47
bethanechol chloride 32
bexarotene 69
BEXSERO 42
bicalutamide 69
BICILLIN C-R 56
BICILLIN L-A 56
BIKTARVY 81
bimatoprost 47
BIOCAL 101
biocotron 101
BION TEARS (PF) 101
biotene dry mouth oral rinse 102
bisacodyl 102
bisoprolol fumarate 20
bisoprolol-hydrochlorothiazide 20
BIXLENVO 81
BIXLENVO-SUNLENCA STARTER PACK 81
black-draught lax-senna 102
blisovi 24 fe 33
blisovi fe 1.5/30 (28) 33
blisovi fe 1/20 (28) 33
BLOOD SUGAR MANAGER 102
bonine 102
BOOSTRIX TDAP 42
BORDERED GAUZE 50

BORTEZOMIB 69
BOSULIF 69
bosutinib 69
bp wash 102
BRAFTOVI 69
BREO ELLIPTA 93
BREZTRI AEROSPHERE 93
briellyn 33
brimonidine 47
brivaracetam 61
BRIVIACT 61
bromfed dm 102
bromocriptine 18
BRUKINSA 69
budesonide 25, 93
bufferin 102
bumetanide 20
bupivacaine (pf) 54
bupivacaine hcl 54
buprenorphine 53
buprenorphine hcl 26
buprenorphine-naloxone 26
bupropion hcl 64
bupropion hcl (smoking deter) 26
buspirone 55
butalbital-acetaminophen-caff 50
BYSANTI 78
BYSANTI TITRATION PACK A 78
BYSANTI TITRATION PACK B 78
BYSANTI TITRATION PACK C 78

C

c-1000 102
c-500 102
c-lax laxative (bisacodyl) 102
c-nate dha 84
CABENUVA 81
cabergoline 40
CABOMETYX 69
CADEAU DHA 102
cal-citrate 102
cal-gest antacid 102
CAL-QUICK 102
calcipotriene 28
calcitonin (salmon) 25
calcitriol 25
calcium 500 + d 102
calcium 500 with d 102
calcium 600 + d(3) 102
calcium 600 with vitamin d3 102
calcium antacid 102
calcium carbonate 102
calcium carbonate-vit d3-min 102
calcium carbonate-vitamin d3 103
calcium chloride 84
calcium citrate + d 103
calcium citrate-vitamin d3 103
calcium gluconate 84
calcium with vitamin d 103
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 69
CALTRATE 600 PLUS D 103
CALTRATE WITH VITAMIN D3 103
camila 33
camrese 33
camrese lo 33
candesartan 20
candesartan-hydrochlorothiazid 20
CAPLYTA 78
CAPRELSA 69
capsaicin 103
capsaicin hp 103
capsaid es 103
captopril 20
captopril-hydrochlorothiazide 20
CAPZASIN-HP 103
capzix 103
carbamazepine 61
carbidopa 18
carbidopa-levodopa 18
carbidopa-levodopa-entacapone 19
carboxymethylcellulose sodium 103

CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 50
carglumic acid 84
carteolol 47
cartia xt 20
carvedilol 20
caspofungin 66
CAVHANZA 69
CAYSTON 93
cefaclor 56
cefadroxil 56
cefazolin 56
cefazolin in dextrose (iso-os) 56
cefdinir 57
cefepime 57
cefepime in dextrose 5 % 57
cefepime in dextrose,iso-osm 57
cefixime 57
cefotetan 57
cefoxitin 57
cefoxitin in dextrose, iso-osm 57
cefpodoxime 57
cefprozil 57
ceftaroline fosamil 57
ceftazidime 57
ceftriaxone 57
ceftriaxone in dextrose,iso-os 57
cefuroxime axetil 57
cefuroxime sodium 57
celecoxib 53
cephalexin 57
CEQUR SIMPLICITY 50
CEQUR SIMPLICITY INSERTER 50
cetiri-d 103
cetirizine 93, 103
cetirizine-pseudoephedrine 103
chateal eq (28) 33
CHEMET 84
CHEST CONGESTION RELIEF 103
chest congestion relief dm 103
chest congestion-cough relief 103
child chest congestion-cough 103
child cough-chest congest dm 103
child delsym cough-chest dm 103
child mucus relief cough 103
child mucus relief expectorant 104
child pain rel-fever reducer 104
child probiotic digest-immune 104
children's acetaminophen 104
CHILDREN'S ALAWAY 104
children's allergy (diphenhyd) 104
children's aspirin 104
children's chest congestion 104
children's cough 104
children's cough dm er 104
CHILDREN'S DELSYM COUGH 104
children's fever reducing 104
children's giltuss cough-chest 104
children's mucinex cough 104
children's non-aspirin 104
children's pain relief 104
children's pain reliever 104
children's pain-fever relief 104
children's probiotic 104
children's saline nasal spray 104
CHILDREN'S SLEEP (MELATONIN) 104
children's wal-dryl allergy 104
childrens chewable probiotic 104
chld robitussin cough-chest dm 104
CHLORAPREP CLEAR 104
CHLORAPREP ONE STEP 104
CHLORHEXIDINE (BULK) 104
chlorhexidine gluconate 28, 104
chloroquine phosphate 77
chlorpheniramine maleate 104
chlorpromazine 78
chlortabs 104
chlorthalidone 20
chlorzoxazone 92
cholecalciferol (vitamin d3) 105
cholestyramine (with sugar) 20

cholestyramine light 20
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN 39
ciclodan 66
ciclopirox 66
cidofovir 81
cilostazol 88
CIMDUO 81
cimetidine 30
cimetidine hcl 30
cinacalcet 25
ciprofloxacin hcl 47, 57
ciprofloxacin in 5 % dextrose 57
citalopram 64
citracal + d maximum 105
citracal regular 105
CITRACAL-D3 PETITES 105
citrate of magnesia 105
CITROMA 105
CITRUCEL (SUCROSE) 105
CITRUCEL SUGAR FREE 105
claravis 28
clarithromycin 57
CLARITIN 105
CLARITIN REDITABS 105
CLARITIN-D 12 HOUR 105
claritin-d 24 hour 105
CLASSIC PRENATAL 105
clear eyes natural tears 105
clearlax 105
clearshield sodium chlor flush 105
clindamycin hcl 57
clindamycin in 0.9 % sod chlor 58
clindamycin in 5 % dextrose 58
clindamycin palmitate hcl 58
clindamycin pediatric 58
clindamycin phosphate 28, 58
clindamycin-benzoyl peroxide 28
CLINICLEAN 105
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 84
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 84
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 84
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 84
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 84
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 84
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 84
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 84
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE 84
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 84
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 84
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 84
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 85
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 85
CLINISOL SF 15 % 85
CLINOLIPID 85
clobazam 61
clobetasol 28, 29
clobetasol-emollient 29
clomipramine 64
clonazepam 55
clonidine 20
clonidine hcl 20
clopidogrel 88
clorazepate dipotassium 55
clotrimazole 66, 105
clotrimazole 3 day 105
clotrimazole af 105
clotrimazole-3 105
clotrimazole-7 105
clotrimazole-betamethasone 67
clozapine 78
COARTEM 77
COBENFY 50
COBENFY STARTER PACK 50
codeine-guaifenesin 105
col-rite 105
COLACE 105
COLACE 2-IN-1 105
colchicine 17
colestipol 20
colistin (colistimethate na) 58

COMBIGAN 47
COMBIPATCH 33
COMBIVENT RESPIMAT 93
COMETRIQ 69
comfort gel 105
comfort gel extra strength 105
complete allergy 105
complete allergy medicine 105
complete natal dha 85
complex b-100 106
compro 66
CONCEPTIONXR REPRODUCTIVE 106
conjugated estrogens 33
constulose 30
cool bottoms 106
COPIKTRA 69
corn starch 106
CORRECTOL 106
cortisone (hydrocortisone) 106
cortisone with aloe 106
cortizone-10 106
cortizone-10 feminine itch 106
cortizone-10 with aloe 106
COSENTYX 42
COSENTYX (2 SYRINGES) 42
COSENTYX PEN 42
COSENTYX PEN (2 PENS) 42
COSENTYX UNOREADY PEN 42
COTELLIC 69
cough dm er 106
cough syrup 106
cough syrup dm 106
cough-chest congestion dm 106
cranberry-probiotc(blend)-vitc 106
CREON 95
CRESEMBA 67
cromolyn 47, 93
cryselle (28) 33
curae 106
CURITY ALCOHOL SWABS 50
CURITY GAUZE 50
cyanocobalamin (vitamin b-12) 106
cyclobenzaprine 92
cyclophosphamide 69
cyclosporine 42, 47
cyclosporine modified 42
CYRAMZA 69
cyred 33
cyred eq 33
CYSTAGON 95
CYSTARAN 47

D

d10 %-0.45 % sodium chloride 85
d2.5 %-0.45 % sodium chloride 85
d3-2000 106
d3-5000 106
d5 % and 0.9 % sodium chloride 85
d5 %-0.45 % sodium chloride 85
dabigatran etexilate 88
daily fiber (psyllium-sucrose) 106
danazol 33
dandruff shampoo (selen-aloe) 106
dandruff shampoo (selenium) 106
DANYELZA 69
DANZITEN 69
dapagliflozin 90
dapagliflozin-metformin 90
dapsone 68
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 42
daptomycin 58
daptomycin in 0.9 % sod chlor 58
darunavir 81
DARZALEX 69
DARZALEX FASPRO 69
dasatinib 70
dasetta 1/35 (28) 33
dasetta 7/7/7 (28) 33
DAURISMO 70
daylogic acne foaming wash 106
daylogic acne treatment 106

daysee 33
deblitane 33
decara 106
decitabine 70
deep sea nasal 106
deferasirox 85
DELSTRIGO 81
DELSYM 12 HOUR 106
delsym cough-chest congest dm 106
delta d3 107
DENGVAXIA (PF) 42
DEPO-ESTRADIOL 33
DEPO-SUBQ PROVERA 104 33
DERMACEA 50
dermacinrx dimopair 107
dermacinrx skin repair complex 107
dermafungal 107
DESCOVY 81
desenex 107
desipramine 64
desloratadine 93
desmopressin 39
desog-e.estradiol/e.estradiol 33
desogestrel-ethinyl estradiol 33
desonide 29
desvenlafaxine succinate 64
dexamethasone 39
dexamethasone intensol 39
dexamethasone sodium phos (pf) 39
dexamethasone sodium phosphate 39, 47
dexmethylphenidate 26
dextroamphetamine sulfate 26, 27
dextroamphetamine-amphetamine 27
dextromethorphan polistirex 107
dextromethorphan-guaifenesin 107
dextromethorphan-quinidine 27
dextrose 10 % and 0.2 % nacl 85
dextrose 10 % in water (d10w) 85
dextrose 20 % in water (d20w) 85
dextrose 25 % in water (d25w) 85
dextrose 30 % in water (d30w) 85
dextrose 40 % in water (d40w) 85
dextrose 5 % in water (d5w) 85
dextrose 5 %-lactated ringers 85
dextrose 5%-0.2 % sod chloride 85
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride 85
dextrose 50 % in water (d50w) 85
dextrose 70 % in water (d70w) 85
diabetic tussin dm 107
DIACOMIT 61
dialyvite 800 107
DIALYVITE CHEWABLE PROBIOTIC 107
dialyvite vitamin d 107
diamode 107
diazepam 55, 61
diazepam intensol 55
diazoxide 90
dibucaine 107
diclofenac potassium 53
diclofenac sodium 29, 47, 53, 107
dicloxacillin 58
dicyclomine 30
DIFFERIN 107
DIFICID 58
digoxin 20
dihydroergotamine 18
DILANTIN 61
dilt-xr 20
diltiazem hcl 20
dimenhydrinate 107
dimethicone 107
dimethyl fumarate 27
diphen 107
diphenhydramine hcl 93, 107
diphenoxylate-atropine 30
disulfiram 26
divalproex 61
dm max 107
docosanol 107
docuprene 107

docusate calcium 107
docusate sodium 107
docuzen 107
dofetilide 20
dok 107
dolishale 34
donepezil 17
dorzolamide 47
dorzolamide-timolol 47
dorzolamide-timolol (pf) 47
dotti 34
double antibiotic (b.tracn zn) 107
double antibiotic-pain relief 108
DOVATO 81
doxazosin 20
doxepin 55
doxercalciferol 25
doxy-100 58
doxycycline hyclate 58
doxycycline monohydrate 58
DRAMAMINE 108
dramamine (meclizine) 108
dramamine less drowsy 108
driminate 108
DRIZALMA SPRINKLE 27
dronabinol 66
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) 50
DROPLET INSULIN SYRINGE 50, 51
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 51
DROPLET PEN NEEDLE 51
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS 51
DROPSAFE PEN NEEDLE 51
drospirenone-ethinyl estradiol 34
DROXIA 51
dry eye relief 108
dry mouth 108
DUAVEE 34
DULCOLAX (BISACODYL) 108
dulcolax (magnesium hydroxide) 108
dulcolax stool softener (dss) 108
duloxetine 27
DUPIXENT PEN 43
DUPIXENT SYRINGE 43
DUREX AIR CONDOM 108
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL 108
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM 108
DUREX TROPICAL CONDOM 108
dutasteride 32
dutasteride-tamsulosin 32
DYNA-HEX 108

E

EASY COMFORT ALCOHOL PAD 51
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS 51
EASYLIFE ALCOHOL PADS 51
EC MATRIXX 108
econtra ez 108
econtra one-step 108
ecotrin low strength 108
ed chlorped jr 108
EDURANT 81
EDURANT PED 81
efavirenz 81
efavirenz-emtricitabin-tenofov 81
efavirenz-lamivu-tenofov disop 81
effaclar adapalene 108
efferves pain relief antacid 108
electrolyte-148 85
electrolyte-48 in d5w 85
electrolyte-a 85
ELELYSO 95
eletriptan 18
ELIGARD 40
ELIGARD (3 MONTH) 40
ELIGARD (4 MONTH) 40
ELIGARD (6 MONTH) 40
elinest 34
ELIQUIS 88
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 88
ELIQUIS SPRINKLE 88
ELMIRON 32

eluryng 34
EMERGEN-C 108
EMERGEN-C IMMUNE PLUS 108
EMGALITY PEN 18
EMGALITY SYRINGE 18
EMPLICITI 70
EMSAM 64
emtricita-rilpivirine-tenof df 81
emtricitabine 81
emtricitabine-tenofovir (tdf) 81
EMTRIVA 81
emzahh 34
enalapril maleate 20
enalapril-hydrochlorothiazide 21
ENBREL 43
ENBREL MINI 43
ENBREL SURECLICK 43
endit (zinc oxide) 108
ENDOCET 53
ENDOMETRIN 34
endur-b complex 108
enema 108
enema disposable 108
ENGERIX-B (PF) 43
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 43
enilloring 34
ENOBY 25
enoxaparin 88
enpresse 34
ENSACOVE 70
enskyce 34
entacapone 19
entecavir 81
ENTRESTO SPRINKLE 21
enulose 30
ENVARSUS XR 43
EPCLUSA 81
EPIDIOLEX 61
epinephrine 93
epitol 61
EPRONTIA 61
ERBITUX 70
ergocalciferol (vitamin d2) 108
ergotamine-caffeine 18
ERIVEDGE 70
ERLEADA 70
erlotinib 70
errin 34
ertapenem 58
ERYTHROCIN 58
erythromycin 47, 58
erythromycin lactobionate 58
erythromycin with ethanol 29
escitalopram oxalate 64
eslicarbazepine 61
esomeprazole magnesium 30
estarylla 34
estradiol 34
estradiol valerate 34
estradiol-norethindrone acet 34
ESTRING 34
estronatural 108
eszopiclone 49
ETCAMAH 70
ethambutol 68
ethosuximide 61
ethynodiol diac-eth estradiol 34
etodolac 53
etonogestrel-ethinyl estradiol 34
etravirine 81, 82
EULEXIN 70
evac-u-gen (sennosides) 108
EVDI 70
everolimus (antineoplastic) 70
everolimus (immunosuppressive) 43
EVOTAZ 82
EX-LAX MAXIMUM STRENGTH 108
exemestane 70
expectorant 109
expectorant cough syrup 109

expectorant dm 109
extra pain relief 109
extraprin 109
EXXUA 64
eye allergy itch relief 109
eye allergy itch-redness rlf 109
EYE ITCH RELIEF 109
eyes alive 109
EYSUVIS 47
ezetimibe 21
ezetimibe-simvastatin 21

F

falmina (28) 34
famciclovir 82
famotidine 30, 109
famotidine (pf) 30
FANAPT 78
FANAPT TITRATION PACK A 78
FANAPT TITRATION PACK B 78
FANAPT TITRATION PACK C 78
FANTASY CONDOM 109
FARXIGA 90
FASENRA PEN 93
FC2 FEMALE CONDOM 109
febuxostat 17
feirza 34
felbamate 61
felodipine 21
fem moist andlub(glycerin-hec) 109
FEMLYV 34
fenesin dm ir 109
fenofibrate 21
fenofibrate micronized 21
fenofibrate nanocrystallized 21
fenofibric acid 21
fentanyl 53
feosol 109
ferate 109
ferosul 109
ferrex 150 109
ferric x-150 109
ferro-time 109
ferrous gluconate 109
ferrous sulfate 109
fesoterodine 32
FETZIMA 64
fever reducer 109
FEVERALL 109
fexofenadine 109
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 90
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 90
FIASP U-100 INSULIN 90
fiber (psyllium husk-sugar) 109
fiber (with aspartame) 109
fiber supplement(wheatdextrin) 109
FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR) 109
fiber therapy (psyllium-sucro) 109
fiber therapy(psyl seed-sugar) 109
fidaxomicin 58
finasteride 32
fingolimod 27
FINTEPLA 61
FIRMAGON 40
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 40
first aid antibiotic 110
first aid antibiotic-pain rlf 110
first aid antiseptic(povidone) 110
flanax (naproxen) 110
flavor chews antacid 110
flecainide 21
fleet bisacodyl 110
fleet docusate 110
FLEET ENEMA 110
FLEET ENEMA EXTRA 110
fleet glycerin (adult) 110
FLEET PEDIATRIC 110
floramax 110
FLORANEX 110
fluconazole 67
fluconazole in nacl (iso-osm) 67

flucytosine 67
fludrocortisone 39
flunisolide 93
fluocinolone 29
fluocinolone acetonide oil 17
fluocinolone and shower cap 29
fluocinonide 29
fluorometholone 47
fluorouracil 29, 70
fluoxetine 64, 65
fluphenazine decanoate 78
fluphenazine hcl 78
flurbiprofen 53
flurbiprofen sodium 47
fluticasone propion-salmeterol 93
fluticasone propionate 29, 93
fluvastatin 21
fluvoxamine 65
foaming acne face wash 110
foaming antacid 110
folic acid 110
FOLIKA-BC 110
foot and sneaker 110
for sty relief 110
FORTEO 25
fosamprenavir 82
fosfomycin tromethamine 58
fosinopril 21
fosinopril-hydrochlorothiazide 21
fosphenytoin 61
FOTIVDA 70
freshkote 110
fruit c-500 110
FRUZAQLA 70
furosemide 21
FUZEON 82
FYCOMPA 61

G

g tussin ac 110
g-fenesin dm 110
gabapentin 62
galantamine 17
gallifrey 34
GAMUNEX-C 43
GARDASIL 9 (PF) 43
gas relief (simethicone) 110
gas relief ultra strength 110
GAS-X ULTRA-STRENGTH 110
gatifloxacin 47
GAUZE BANDAGE 51
GAUZE PAD 51
gavilax 110
gavilyte-c 30
gavilyte-g 30
gavilyte-n 30
GAVISCON EXTRA STRENGTH 110
GAVRETO 70
GAZYVA 70
gefitinib 70
GELUSIL ANTACID AND ANTI-GAS 110
gemfibrozil 21
GEMTESA 32
generlac 31
gentamicin 47, 58
gentamicin in nacl (iso-osm) 58
gentamicin sulfate (ped) (pf) 59
genteal tears mild 110
GENTEAL TEARS MODERATE 110
GENTEAL TEARS MODERATE (PF) 111
GENTEAL TEARS SEVERE GEL 111
GENTEAL TEARS SEVERE GEL DROPS 111
GENTEAL TEARS SEVERE(PETROLAT) 111
gentle laxative (bisacodyl) 111
gentle laxative (mag hydrox) 111
gentlelax 111
GENVOYA 82
geri-dryl 111
geri-kot 111
geri-lanta 111
geri-mox antacid-antigas 111

geri-tussin 111
geri-tussin dm 111
GILOTRIF 70
giltuss cough-congestion 111
giltuss diabetic 111
giltuss hbp 111
glatiramer 27
glatopa 27
GLEOSTINE 70
glimepiride 90
glipizide 90
glipizide-metformin 90
glucose 111
glucose gel 111
glutamine (sickle cell) 31
glutose-15 111
glutose-45 111
glutose-5 111
glycerin (adult) 111
glycerin (child) 111
glycopyrrolate 31
GLYXAMBI 90
GOMEKLI 70
granisetron hcl 66
griseofulvin microsize 67
griseofulvin ultramicrosize 67
guaiasorb dm 111
guaifenesin 111
guaifenesin ac 111
guaifenesin-dm 111
guanfacine 21, 27
GWYN LO 34
GYNE-LOTRIMIN 111
gyne-lotrimin 7 111

H

HAEGARDA 43
hailey 34
hailey 24 fe 34
hailey fe 1.5/30 (28) 34
hailey fe 1/20 (28) 34
haloette 34
haloperidol 78
haloperidol decanoate 79
haloperidol lactate 79
hand wash 111
HAVRIX (PF) 43
headache relief (asa-acet-caf) 111
healthylax 111
heartburn antacid 111
heartburn prevention 112
heartburn relief 112
heartburn relief (famotidine) 112
heather 34
hemorrhoid 112
hemorrhoidal 112
hemorrhoidal (phenyleph-cocoa) 112
HEMORRHOIDAL (PHENYLEPH-FAT) 112
hemorrhoidal (witch hazel) 112
hemorrhoidal hygiene 112
hemorrhoidal-analgesic 112
heparin (porcine) 89
heparin lock flush (porcine) 112
heparin lockflush(porcine)(pf) 112
heparin, porcine (pf) 89
HEPLISAV-B (PF) 43
her style 112
HERNEXEOS 70
hi-cal plus vit d 112
HIBERIX (PF) 43
HIBICLENS 112
HUMIRA 43
HUMIRA PEN 43
HUMIRA(CF) 43
HUMIRA(CF) PEN 43
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 43
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 43
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 90
HYCODAN (WITH HOMATROPINE) 112
hydralazine 21
hydrochlorothiazide 21

HYDROCIL 112
hydrocodone-acetaminophen 53
hydrocodone-chlorpheniramine 112
hydrocodone-ibuprofen 53
hydrocortisone 25, 29, 112
hydrocortisone acetate 112
hydrocortisone butyrate 29
hydrocortisone plus 112
hydrocortisone-acetic acid 17
hydrocortisone-aloe vera 112
hydrocream 112
hydromet 112
hydromorphone 53
hydroxocobalamin 112
hydroxychloroquine 77
hydroxyurea 71
hydroxyzine hcl 55
hydroxyzine pamoate 93
hyper-sal 112
HYRNUO 71

I

i-prin 112
ibandronate 25
IBRANCE 71
IBTROZI 71
ibu 53
ibuprofen 53, 112
icatibant 43
iclevia 35
ICLUSIG 71
IDHIFA 71
IDVYNSO 82
iferex 150 112
ILEVRO 47
imatinib 71
IMBRUVICA 71
IMFINZI 71
imipenem-cilastatin 59
imipramine hcl 65
imiquimod 29
IMJUDO 71
IMKELDI 71
IMODIUM A-D 112, 113
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 43
IMPAVIDO 77
incassia 35
INCONTROL ALCOHOL PADS 51
INCRELEX 39
indapamide 21
indomethacin 53
INFANRIX (DTAP) (PF) 43
infant fever reducer-pain relf 113
infant pain reliever 113
infant's acetaminophen 113
infants' pain and fever 113
infants' pain relief 113
INFUVITE ADULT 113
INFUVITE PEDIATRIC 113
INLEXZO 71
INLURIYO 71
INLYTA 71
INQOVI 71
INREBIC 71
INSULIN ASPART U-100 90
INSULIN LISPRO 90
INSULIN SYRINGE MICROFINE 51
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 51
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 51
INTELENCE 82
INTRALIPID 85
introvale 35
INVEGA HAFYERA 79
INVEGA SUSTENNA 79
INVEGA TRINZA 79
inzo antifungal 113
IONOSOL-MB IN D5W 85
IPOL 44
ipratropium bromide 93, 94
ipratropium-albuterol 94
irbesartan 21

irbesartan-hydrochlorothiazide 21
iron 113
iron (ferrous sulfate) 113
ISENTRESS 82
ISENTRESS HD 82
isibloom 35
ISOLYTE S PH 7.4 85
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 85
ISOLYTE-S 85
isoniazid 68
isosorbide dinitrate 21
isosorbide mononitrate 21
isosorbide-hydralazine 22
isotretinoin 29
itch relief (clotrimazole) 113
itch relief (hc) 113
itch relief (hc) with aloe 113
ITOVEBI 71
itraconazole 67
IV PREP WIPES 51
ivabradine 22
ivermectin 77
IWILFIN 71
IXIARO (PF) 44

J

jaimiess 35
JAKAFI 71
JAKAFI XR 71
jantoven 89
JANUMET 90
JANUMET XR 90
JANUVIA 90
JARDIANCE 90
JARRO-DOPHILUS DIGEST SURE 113
JARRO-DOPHILUS KIDS 113
jasmiel (28) 35
JAYPIRCA 71
JEMPERLI 71
jencycla 35
JENTADUETO 90
JENTADUETO XR 90
JIDEYTRO 71
jock itch 113
jock itch (clotrimazole) 113
jock itch (terbinafine) 113
JOINT HEALTH-BONE STRENGTH 113
juleber 35
julie 113
JULUCA 82
junel 1.5/30 (21) 35
junel 1/20 (21) 35
junel fe 1.5/30 (28) 35
junel fe 1/20 (28) 35
junel fe 24 35
JYLAMVO 44
JYNARQUE 85, 86
JYNNEOS (PF) 44

K

k-y lubricating 113
KABIVEN 86
KALA 113
KALETRA 82
kalliga 35
KANJINTI 71
kariva (28) 35
kelnor 1/35 (28) 35
kelnor 1/50 (28) 35
KERENDIA 22
KESIMPTA PEN 27
ketoconazole 67
ketorolac 47, 53
ketotifen fumarate 113
KEYTRUDA 71
KEYTRUDA QLEX 71
kids melatonin 113
kids vitamin d3 113
KIMONO LUBRICATED CONDOMS 113
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON 113
KIMONO MICROTHIN CONDOMS 113
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS 113

KIMONO TEXTURED CONDOMS 113
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS 113
kindermed infants pain-fever 113
kindermed kids cough-congest 113
kindermed kids pain-fever 113
KINRIX (PF) 44
kionex 86
KISQALI 72
klayesta 67
klor-con 10 86
klor-con 8 86
klor-con m10 86
KLOR-CON M15 86
klor-con m20 86
KLOXXADO 26
kobee 113
KOMZIFTI 72
konsyl (sugar) 114
KOSELUGO 72
KPN 114
KRAZATI 72
kurvelo (28) 35

L

l norgest/e.estradiol-e.estrad 35
l-arginine(alpha-ketoglutarat) 114
labetalol 22
lacosamide 62
lactated ringers 86
lactobac acidoph-fructooligos 114
lactobacillus acidoph-l.bulgar 114
lactobacillus acidophilus 114
lactulose 31
LAMISIL AT 114
lamivudine 82
lamivudine-zidovudine 82
lamotrigine 62
LAMPIT 77
lanreotide 41
lansoprazole 31
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 90
LANTUS U-100 INSULIN 90
lapatinib 72
larin 1.5/30 (21) 35
larin 1/20 (21) 35
larin 24 fe 35
larin fe 1.5/30 (28) 35
larin fe 1/20 (28) 35
latanoprost 47
lax stool softener with senna 114
laxa basic 114
laxacin 114
laxaclear 114
laxative (bisacodyl) 114
laxative (sennosides) 114
laxative peg 3350 114
laxative pills 114
laxative pills regular 114
LAZCLUZE 72
leena 28 35
leflunomide 44
lenalidomide 72
LENVIMA 72
lessina 35
letrozole 72
leucovorin calcium 72
LEUKERAN 72
leuprolide 41
leuprolide acetate (3 month) 41
levalbuterol tartrate 94
levetiracetam 62
levetiracetam in nacl (iso-os) 62
LEVO-T 40
levobunolol 47
levocarnitine 86
levocarnitine (with sugar) 86
levocetirizine 94
levofloxacin 59
levofloxacin in d5w 59
levoleucovorin calcium 72
levomefolate calcium 114

levonest (28) 35
levonorg-eth estrad triphasic 35
levonorgestrel 114
levonorgestrel-ethinyl estrad 35
levora-28 35
levothyroxine 40
LEVOXYL 40
LIBERVANT 62
LIBTAYO 72
lice killing 114
lice killing (permethrin) 114
lice pyrinyl shampoo 114
lice treatment 114
lice treatment (permethrin) 114
lidocaine 54, 114
lidocaine hcl 55
lidocaine-epinephrine 55
lidocaine-prilocaine 55
LIFYORLI 72
linagliptin-metformin 90
linezolid 59
linezolid in dextrose 5% 59
linezolid-0.9% sodium chloride 59
lintera 114
LINZESS 31
liomny 40
liothyronine 40
liquid antacid 114
liquid b-12 114
liquid calcium with vitamin d 114
lisinopril 22
lisinopril-hydrochlorothiazide 22
lithium carbonate 48
lithium citrate 48
little remedies 114
little remedies fever and pain 114
little remedies saline 114
LIVTENCITY 82
lo-zumandimine (28) 35
LOCOID LIPOCREAM 29
LOESTRIN 1.5/30 (21) 35
LOESTRIN 1/20 (21) 36
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 36
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 36
lojaimiess 36
LOKELMA 86
lomustine 72
LONSURF 72
loperamide 31, 114
lopinavir-ritonavir 82
LOQTORZI 72
loradamed 115
lorata-d 115
lorata-dine d 115
loratadine 115
loratadine-d 115
lorazepam 55
lorazepam intensol 55
LORBRENA 72
LORID 115
loryna (28) 36
losartan 22
losartan-hydrochlorothiazide 22
LOTEMAX SM 47
loteprednol etabonate 47
lotrimin af 115
LOTRIMIN AF (CLOTRIMAZOLE) 115
lovastatin 22
low-ogestrel (28) 36
loxapine succinate 79
lubiprostone 31
lubricant eye 115
lubricant eye (cmc-glycer)(pf) 115
lubricant eye (cmc-glycerin) 115
lubricant eye (pg-peg 400) 115
lubricant eye (pg-peg 400)(pf) 115
lubricant eye (propyl glycol) 115
lubricant eye drops 115
lubricants 115
lubricating jelly (chlorhexid) 115

lubricating plus 115
lubrifresh pm 115
luizza 36
LUMAKRAS 72, 73
LUMIGAN 47
LUPRON DEPOT 41
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 41
lurasidone 79
lurbipr 53
lutera (28) 36
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 41
LYBALVI 79
lyleq 36
lyllana 36
LYNPARZA 73
LYSODREN 73
LYTGOBI 73
lyza 36

M

m-dryl 115
M-M-R II (PF) 44
m-natal plus 86
m-pap 115
MAALOX ADVANCED 115
maalox maximum strength 115
macitentan 94
MAD NASAL ATOMIZER-1 ML SYRING 115
MAG-AL PLUS 115
mag-al plus extra strength 115
MAGNEBIND 300 115
magnesium citrate 115
magnesium hydroxide 115
magnesium oxide 115
magnesium sulfate 86
magnesium sulfate in d5w 86
magnesium sulfate in water 86
malathion 29
mapap (acetaminophen) 115
maraviroc 82
MARGENZA 73
marlissa (28) 36
MARPLAN 65
MATULANE 73
max sleep junior 115
maxallergy kids 115
maxi-tuss ac 116
maxi-tuss g 116
maxrelief junior 116
maxtussin 116
maxtussin dm 116
meclizine 66, 116
medi-meclizine 116
MEDI-PADS 116
medicated pads 116
medicated wipes 116
mediproxen 116
medroxyprogesterone 36
mefloquine 77
megestrol 36
MEKINIST 73
MEKTOVI 73
melatonin 116
melatonin-lemon balm leaf extr 116
melatonin-pyridoxine hcl (b6) 116
meleya 36
meloxicam 53
memantine 17
MENEST 36
menopause support 116
MENQUADFI (PF) 44
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 44
mercaptopurine 73
meropenem 59
meropenem-0.9% sodium chloride 59
mesalamine 25
mesna 73
META APPETITE CTRL (ASPARTAME) 116
METAMUCIL 116
metamucil (sugar) 116
METAMUCIL (WITH SUGAR) 116

METAMUCIL FREE (WITH SUGAR) 116
METAMUCIL MULTIHEALTH FIBER 116
METAMUCIL SUGAR-FREE (ASPART) 116
metamucil sunrise 116
metformin 91
methadone 53, 54
methadone intensol 54
methazolamide 47
methenamine hippurate 59
methimazole 41
methocarbamol 92
methotrexate sodium 44
methotrexate sodium (pf) 44
methsuximide 62
methyldopa 22
methylphenidate hcl 27
methylprednisolone 39
methylprednisolone acetate 39
methylprednisolone sodium succ 39
metoclopramide hcl 66
metolazone 22
metoprolol succinate 22
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 22
metoprolol tartrate 22
metronidazole 59
metronidazole in nacl (iso-os) 59
metyrosine 22
mgo 116
micafungin 67
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL 67
miconazole nitrate 116
miconazole-3 ..... 67, 116
miconazole-3 prefil,cream,wipe 116
miconazole-7 117
miconazorb af 117
micotrin ac 117
micotrin ap 117
micro-guard 117
microdot glucose gel 117
microgestin 1.5/30 (21) 36
microgestin 1/20 (21) 36
microgestin fe 1.5/30 (28) 36
microgestin fe 1/20 (28) 36
midodrine 22
MIEBO (PF) 47
mifepristone 51
migraine formula 117
migraine relief 117
mili 36
milk of magnesia 117
milk of magnesia concentrated 117
mimvey 36
MINI PRENATAL 117
minocycline 59
minoxidil 22
mintox maximum strength 117
mintox plus 117
MIRALAX 117
MIRENA 51
mirtazapine 65
misoprostol 31
mitomycin 73
mix-in laxative 117
modafinil 49
MODEYSO 73
moexipril 22
molindone 79
mometasone 29, 94
mondoxyne nl 59
monistat 1 (tioconazole) 117
MONISTAT 1 COMBO PACK 117
monistat 3 117
MONISTAT 7 117
monistat care (hydrocortisone) 117
mono-linyah 36
montelukast 94
morphine 54
morphine concentrate 54
motion sickness 117
motion sickness (meclizine) 117

motion sickness relief 117
motion sickness relief(mecliz) 117
motion-time 117
motrin arthritis pain 117
motrin ib 117
MOUNJARO 91
MOVANTIK 31
move it along 117
moxifloxacin 47, 59
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 59
MRESVIA (PF) 44
MUCINEX 117
mucinex fast-max dm max 117
mucinex fast-max kick cong-cgh 117
mucosa dm 117
mucus relief dm 117
mucus relief dm cough 118
mucus relief dm max 118
mucus relief er 118
MUCUS-CHEST CONGESTION 118
mucus-er max 118
MULTAQ 22
multi antibiotic plus 118
multihealth fiber 118
multihealth fiber (sugar) 118
MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS 118
mupirocin 29
MVASI 73
mvi, adult no.4 with vit k 118
mvi, pedi no.1 with vit k 118
my choice 118
my way 118
mycophenolate mofetil 44
mycophenolate mofetil (hcl) 44
mycophenolate sodium 44
mycozyl ac 118
mycozyl ap 118
myferon 150 118
mylanta maximum strength 118
MYRBETRIQ 32

N

nabumetone 54
nadolol 22
nafcillin 59
nafcillin in dextrose iso-osm 59
naloxone 26, 118
naltrexone 26
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 51
NANO PEN NEEDLE 51
naproxen 54
naproxen sodium 54, 118
naramin 118
naratriptan 18
NARCAN 118
nasal moisturizing 118
nasal spray (sodium chloride) 118
NATACYN 47
NATAZIA 36
nateglinide 91
natura-lax 118
natural daily fiber 118
natural fiber laxative (sugar) 118
natural fiber laxative(aspart) 118
natural senna laxative 118
natural tears (pf) 118
natural veg laxative(sennosid) 118
NAYZILAM 62
nebivolol 22
nebusal 118
necon 0.5/35 (28) 36
nefazodone 65
neo-vital rx 86
neomycin 59
neomycin-bacitracin-poly-hc 47
neomycin-bacitracin-polymyxin 47
neomycin-polymyxin b-dexameth 48
neomycin-polymyxin-gramicidin 48
neomycin-polymyxin-hc 17, 48
NEONATAL COMPLETE 86
NEONATAL PLUS VITAMIN 86

NEONATAL-DHA 86
neosporin (neo-bac-polym) 118
neosporin plus burn relief 118
NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF 119
NEOSPORIN PLUS PAINRELIEF(BAC) 119
NEOSPORIN-PAIN ITCH SCAR 119
NERLYNX 73
neutraphor 119
nevirapine 82
new day 119
NEXLETOL 22
NEXLIZET 22
NEXPLANON 36
niacin 22, 119
niacin (inositol niacinate) 119
niacinamide 119
niacor 22
NICODERM CQ 119
NICORETTE 119
nicotine 119
nicotine (polacrilex) 119
NICOTROL NS 26
nifedipine 22, 23
nighttime allergy relief 119
nighttime dry-eye relief 119
nighttime sleep aid (diphen) 119
nikki (28) 36
nilotinib d-tartrate 73
nilotinib hcl 73
nilutamide 73
nimodipine 23
NINLARO 73
nintedanib 94
nitazoxanide 77
nitisinone 95
nitrofurantoin macrocrystal 59
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 59
nitroglycerin 23, 51
NIVESTYM 89
NIX CREME RINSE 119
nizatidine 31
noble formula hc 119
non-aspirin 119
NORA-BE 36
norelgestromin-ethin.estradiol 36
noreth-ethinyl estradiol-iron 37
norethindrone (contraceptive) 37
norethindrone ac-eth estradiol 37
norethindrone acetate 37
norethindrone-e.estradiol-iron 37
norgestimate-ethinyl estradiol 37
normal saline flush 119
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE 86
NORMOSOL-R 86
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE 86
NORMOSOL-R PH 7.4 86
nortemp 119
nortrel 0.5/35 (28) 37
nortrel 1/35 (21) 37
nortrel 1/35 (28) 37
nortrel 7/7/7 (28) 37
nortriptyline 65
NORVIR 82
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 91
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 91
NOVOLIN N FLEXPEN 91
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 91
NOVOLIN R FLEXPEN 91
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 91
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 91
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN 91
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 91
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 91
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 91
NOVOPEN ECHO 51
np thyroid 40
NU-IRON 119
NUBEQA 73
NUCALA 94
NUEDEXTA 27

NUPERCAINAL 119
NUPLAZID 79
nusyllium 119
NUTRILIPID 86
nyamyc 67
nylia 1/35 (28) 37
nylia 7/7/7 (28) 37
nystatin 67
nystatin-triamcinolone 67
nystop 67
nytol 119

O

ocella 37
octreotide acetate 41
octreotide,microspheres 41
ODEFSEY 82
ODOMZO 73
odor control foot-sneaker 119
ofloxacin 17, 48, 59
OGSIVEO 73
OJEMDA 73
OJJAARA 73
olanzapine 79
olmesartan 23
olmesartan-amlodipin-hcthiazid 23
olmesartan-hydrochlorothiazide 23
olopatadine 119
omega-3 acid ethyl esters 23
omeprazole 31
OMLYCLO 44
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) 51
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) 51
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) 51
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS) 51
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 51
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) 51
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 51
OMNIPOD GO PODS 51
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY 52
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY 52
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY 52
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY 52
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY 52
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY 52
OMNITROPE 39
ondansetron 66
ondansetron hcl 66
ondansetron hcl (pf) 66
ONE A DAY WOMEN'S PRENATAL DHA 119
one daily prenatal 120
one natal rx 86
ONE-A-DAY PRENATAL-1 120
onelax bisacodyl 120
onelax docusate sodium 120
onelax fiber (with sucrose) 120
onelax magnesium citrate 120
onelax senna 120
onevite calcium-d3 120
ONUREG 73
opcicon one-step 120
OPDIVO 73
OPDIVO QVANTIG 74
OPDUALAG 74
OPILL 120
OPIPZA 79
optimal d3 120
option-2 120
OPVEE 26
oral relief dry mouth 120
ORAZINC 120
ORGOVYX 74
orquidea 37
ORSERDU 74
ORTHO-TABS 120
oseltamivir 82
OTULFI 44
overnight lubricating eye 120
oxacillin 59
oxacillin in dextrose(iso-osm) 59
oxcarbazepine 62

oxybutynin chloride 32
oxycodone 54
oxycodone-acetaminophen 54
oysco 500/d 120
oyster shell + d3 120
oyster shell calcium 120
oyster shell calcium 500 120
oyster shell calcium-vit d3 120
oystercal-d 120
OZEMPIC 91

P

p-col rite 120
PACERONE 23
pain relief (acetaminophen) 120
pain relief (ibuprofen) 120
pain reliever (acetam-aspirin) 120
pain reliever (acetaminophen) 120
pain reliever plus 120
pain-off 120
paliperidone 79
panoxyl 120
PANRETIN 74
pantoprazole 31
pantoprazole in 0.9% sod chlor 31
paricalcitol 25
paroxetine hcl 65
PATADAY ONCE DAILY RELIEF 120
PATADAY TWICE DAILY RELIEF 120
PAXLOVID 82
pazopanib 74
PEDIARIX (PF) 44
pediatric enema 121
PEDVAX HIB (PF) 44
peg 3350-electrolytes 31
peg-electrolyte soln 31
PEGASYS 44
PEMAZYRE 74
PEN NEEDLE, DIABETIC 52
PENBRAYA (PF) 44
penicillamine 86
penicillin g pot in dextrose 59
penicillin g potassium 60
penicillin g sodium 60
penicillin v potassium 60
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 44
PENTACEL (PF) 44
pentamidine 77
pentoxifylline 23
PEPCID AC 121
perampanel 62
perdiem overnight relief 121
PERIKABIVEN 86
perindopril erbumine 23
periogard 28
PERJETA 74
permethrin 29
perphenazine 79
PERSA-GEL 121
personal lubricating jelly 121
pharbechlor 121
pharbedryl 121
pharbetol 121
pharbinex-dm 121
PHAZYME 121
phenazopyridine 121
phenelzine 65
phenobarbital 62
phenytoin 62
phenytoin sodium 63
phenytoin sodium extended 63
philith 37
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA 121
phillips' liqui-gels 121
phytonadione (vitamin k1) 121
PIFELTRO 83
pilocarpine hcl 28, 48
pimecrolimus 29
pimozide 79
pimtrea (28) 37
pioglitazone 91

pioglitazone-metformin 91
piperacillin-tazobactam 60
PIQRAY 74
pirfenidone 94
piroxicam 54
PLAN B ONE-STEP 121
PLASMA-LYTE 148 PH 7.4 86
PLASMA-LYTE A 86
PLENAMINE 86
pnv no.95-ferrous fumarate-fa 121
podofilox 30
polocaine 55
polocaine-mpf 55
poly bacitracin (zinc) 121
poly-iron 121
polycin 48
polyethylene glycol 3350 121
polymyxin b sulf-trimethoprim 48
polymyxin b sulfate 60
polysaccharide iron complex 121
POLYSPORIN 121
polyvinyl alcohol 121
pomalidomide 74
portia 28 37
posaconazole 67
potassium acetate 87
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 87
potassium chloride 87
potassium chloride in 0.9%nacl 87
potassium chloride in 5 % dex 87
potassium chloride in lr-d5 87
potassium chloride in water 87
potassium chloride-0.45 % nacl 87
potassium chloride-d5-0.2%nacl 87
potassium chloride-d5-0.9%nacl 87
potassium citrate 87
POTELIGEO 74
povidone-iodine 121
powderlax 121
pr natal 400 87
pr natal 400 ec 87
pr natal 430 87
pr natal 430 ec 87
pramipexole 19
prasugrel hcl 89
pravastatin 23
praziquantel 77
prazosin 23
pre-moistened medicated wipes 121
prednisolone 39
prednisolone acetate 48
prednisolone sodium phosphate 39, 48
prednisone 39, 40
prednisone intensol 40
pregabalin 27
PREMARIN 37
PREMASOL 10 % 87
PRENATA 87
PRENATABS FA 87
prenatal 121
prenatal + dha 121
prenatal complete 121
prenatal formula 121
PRENATAL FORMULA-DHA 122
prenatal multi 122
prenatal multi-dha (algal oil) 122
prenatal multi-dha(with vit k) 122
prenatal multivitamins 122
prenatal one daily 122
prenatal plus (calcium carb) 87
prenatal plus vitamin-mineral 87
prenatal tablet 122
prenatal vit no.179-iron-folic 122
prenatal vit-iron fum-folic ac 122
prenatal vitamin 122
prenatal vitamin plus low iron 122
prenatal vitamin with minerals 122
PRENATE ELITE 87
PREPARATION H 122
preparation h (pe) 122

preparation h (witch hazel) 122
preparation h hydrocortisone 122
prevalite 23
PREVYMIS 83
PREZCOBIX 83
PREZCOBIX PED 83
PREZISTA 83
PRIFTIN 68
primaquine 77
primidone 63
PRIMSOL 60
PRIORIX (PF) 44
PRO COMFORT ALCOHOL PADS 52
PRO-COMFORT ALCOHOL PADS 52
probenecid 17
probenecid-colchicine 17
probiotic acidophilus (4 strn) 122
probiotic colon support 122
prochlorperazine 66
prochlorperazine edisylate 66
prochlorperazine maleate 66
procto-med hc 30
proctosol hc 30
proctozone-hc 30
progesterone 37
progesterone micronized 37
PROGRAF 44
PROLIA 25
PROMACTA 89
promethazine 66
promethazine-codeine 122
promethazine-dm 122
promolaxin 122
propafenone 23
propranolol 23
propylthiouracil 41
PROQUAD (PF) 45
PROSOL 20 % 87
protriptyline 65
psyllium husk (with sugar) 122
pulmosal 122
PULMOZYME 94
pure and gentle (saline) 122
PURE COMFORT ALCOHOL PADS 52
pure l-citrulline 122
purelax 122
purevita folic acid 122
purevita vitamin d3 122
PURIXAN 74
pvp prep 122
pyrazinamide 68
pyridostigmine bromide 18
pyridoxine (vitamin b6) 122
pyrimethamine 77

Q

QINLOCK 74
QUADRACEL (PF) 45
quetiapine 79, 80
quinapril 23
quinapril-hydrochlorothiazide 23
quinidine sulfate 23
quinine sulfate 77
quit 2 122
quit 4 122
QULIPTA 18

R

RABAVERT (PF) 45
rabeprazole 31
RALDESY 65
raloxifene 37
ramelteon 49
ramipril 23
ranolazine 23
rasagiline 19
RASONQUE 74
READY-TO-USE ENEMA 123
READYPREP CHG 123
readyprep pvp 123
reclipsen (28) 37
RECOMBIVAX HB (PF) 45

refenesen dm 123
REFRESH CELLUVISC 123
REFRESH CLASSIC (PF) 123
REFRESH DIGITAL 123
REFRESH DIGITAL PF 123
REFRESH LACRI-LUBE 123
REFRESH LIQUIGEL 123
REFRESH OPTIVE 123
REFRESH OPTIVE ADVANCED 123
REFRESH OPTIVE ADVANCED (PF) 123
REFRESH OPTIVE MEGA-3 (PF) 123
REFRESH OPTIVE SENSITIVE (PF) 123
REFRESH P.M. 123
REFRESH PLUS 123
REFRESH RELIEVA 123
REFRESH RELIEVA PF 123
REFRESH TEARS 123
REFRESH TEARS PF 123
reguloid (aspartame) 123
reguloid (psyllium husk-sucro) 123
RELENZA DISKHALER 83
REMEDY ANTIFUNGAL 123
remedy phytoplex antifungal 123
RENAL MULTIVITAMIN 123
repaglinide 91
REPATHA PUSHTRONEX 23
REPATHA SURECLICK 23
REPATHA SYRINGE 23
RESPA-AR 123
rest simply nighttime sleep 123
restore plus (cmcellulose) 123
restore pm 123
RETACRIT 89
retaine allergy 123
retaine cmc 123
retaine pm 123
RETEVMO 74
RETROVIR 83
REVCOVI 95
REVUFORJ 74
REXTOVY 26
REXULTI 80
REYATAZ 83
REZDIFFRA 52
REZLIDHIA 74
RHOPRESSA 48
RIABNI 74
ribavirin 83
rid lice killing 123
rifabutin 68
rifampin 68
rifapentine 68
rilpivirine hcl 83
riluzole 27
rimantadine 83
ringer's 87
ringworm 124
RINVOQ 45
RINVOQ LQ 45
riociguat 94
RISA-BID 124
risedronate 25
RISPERDAL CONSTA 80
risperidone 80
risperidone microspheres 80
ritonavir 83
rivaroxaban 89
rivastigmine 17
rivastigmine tartrate 17
rizatriptan 18
robafen dm 124
robitussin cough-chest cong dm 124
robitussin er 124
robitussin honey max dm 124
ROCKLATAN 48
roflumilast 94
ROMVIMZA 74
ropinirole 19
ropivacaine (pf) 55
rosuvastatin 23

ROTARIX 45
ROTATEQ VACCINE 45
roweepra 63
ROZLYTREK 74
RUBRACA 74
rufinamide 63
RUKOBIA 83
RUXIENCE 74
RYBELSUS 91
RYBREVANT 74
RYBREVANT FASPRO 74
RYDAPT 74

S

sacubitril-valsartan 23
safe tussin dm 124
sajazir 45
saline mist 124
saline nasal 124
saline nasal mist 124
saline nose 124
SANDOSTATIN LAR DEPOT 41
SANTYL 30
sapropterin 95
SARCLISA 74
SARCLISA ESCENA 74
SCEMBLIX 75
scopolamine base 66
SCOT-TUSSIN EXPECTORANT 124
SCRUB CARE EXIDINE 124
scrub care povidone iodine 124
SCRUB CHLORHEXIDINE GLUCONATE 124
se-natal 19 chewable 87
SECUADO 80
secura antifungal extra thick 124
secura dimethicone 124
selegiline hcl 19
selenium sulfide 30
selsun blue 124
selsun blue 2-in-1 124
selsun blue moisturizing 124
SELZENTRY 83
senexon-s 124
senna 124
senna lax 124
senna laxative 124
senna plus 124
senna-s 124
senna-time s 124
sennosides 124
sennosides-docusate sodium 124
SENOKOT 124
SENOKOT-S 124
sentia 124
sertraline 65
setlakin 37
sharobel 37
SHINGRIX (PF) 45
SIGNIFOR 41
sildenafil (pulm.hypertension) 94
silodosin 32
silver sulfadiazine 30
SIMBRINZA 48
simethicone 124
SIMILAC PRENATAL 124
simliya (28) 37
simpesse 37
simply sleep 125
simvastatin 24
sirolimus 45
SIRTURO 68
sitagliptin phos-metformin 91
sitagliptin phosphate 91
skin protectant a and d 125
skin protectant a-d (pet, lan) 125
SKYRIZI 45
sleep aid (diphenhydramine) 125
sleep ii 125
sleep tablet (diphenhydramine) 125
SLEEP-TABS 125
SMOFLIPID 87

smooth antacid 125
smooth texture fiber 125
smoothlax 125
sodium bicarbonate 88, 125
sodium chlor 0.9% bacteriostat 125
sodium chloride 52, 88, 125
sodium chloride 0.45 % 88
sodium chloride 0.9 % 88
sodium chloride 0.9 % (flush) 125
sodium chloride 3 % hypertonic 88
sodium chloride 5 % hypertonic 88
sodium oxybate 49
sodium phenylbutyrate 95
sodium phosphate 88
sodium polystyrene sulfonate 88
sodium,potassium,mag sulfates 31
solifenacin 32
SOLIQUA 100/33 91
SOLTAMOX 75
SOLU-MEDROL 40
SOLU-MEDROL (PF) 40
SOMAVERT 41
sominex 125
SOOTHE AND COOL INZO BARRIER 125
SOOTHE HYDRATION 125
SOOTHE NIGHT TIME LUBRICANT 125
soothe xp 125
SOOTHE XP (PF) 125
soothing pureway-c 125
sorafenib 75
SORBITOL 125
sorbitol-mannitol 52
sorbugen nr 125
SORBUTUSS 125
sotalol 24
sotalol af 24
SPIRIVA RESPIMAT 94
SPIRIVA WITH HANDIHALER 94
spironolacton-hydrochlorothiaz 24
spironolactone 24
sprintec (28) 37
SPRITAM 63
SPS (WITH SORBITOL) 88
sronyx 37
SSD 30
st joseph aspirin 125
st. joseph aspirin 125
STELARA 45
sterile saline 125
stimulant laxative plus 125
STIOLTO RESPIMAT 94
STIVARGA 75
STOOL SOFTENER 125
stool softener (docusate cal) 125
stool softener-laxative 125
stool softener-stimulant laxat 125
stop smoking aid 126
strawberry c 126
STRENSIQ 95
streptomycin 60
STRESS FORMULA WITH IRON 126
STRESS FORMULA WITH IRON(SULF) 126
STRIBILD 83
STRIVERDI RESPIMAT 94
STUART ONE 126
stye (pva-povidone) 126
STYE LUBRICANT 126
SUBVENITE 63
subvenite starter (blue) kit 63
subvenite starter (green) kit 63
subvenite starter (orange) kit 63
sucralfate 31
SUFLAVE 31
sulfacetamide sodium 48, 60
sulfacetamide sodium (acne) 60
sulfacetamide-prednisolone 48
sulfadiazine 60
sulfamethoxazole-trimethoprim 60
sulfasalazine 26
sulindac 54

sumatriptan 18
sumatriptan succinate 18
sunitinib malate 75
SUNLENCA 83
super quints 126
super quints b-50 126
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS 52
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS 52
SURFAK 126
SUTAB 31
swabflush 126
SWEEN 126
SWEEN CREAM 126
syeda 37
SYMBICORT 94
SYMPAZAN 63
SYMTUZA 83
SYNJARDY 92
SYNJARDY XR 92
SYNTHROID 40
SYSTANE (PROPYLENE GLYCOL) 126
SYSTANE BALANCE 126
SYSTANE COMPLETE 126
SYSTANE GEL 126
SYSTANE HYDRATION (PF) 126
SYSTANE ULTRA 126
SYSTANE ULTRA (PF) 126

T

TABLOID 75
TABRECTA 75
tacrolimus 30, 45
tadalafil 32
tadalafil (pulm. hypertension) 94
TAFINLAR 75
TAGRISSO 75
TAKE ACTION 126
TALICIA 31
TALZENNA 75
TAME THE FLAME 126
tamoxifen 75
tamsulosin 32
tarina 24 fe 37
tarina fe 1-20 eq (28) 38
tarina fe 1/20 (28) 38
tasimelteon 49
tazarotene 30
TAZVERIK 75
TDVAX 45
TECENTRIQ 75
TECENTRIQ HYBREZA 75
TEFLARO 60
telmisartan 24
telmisartan-amlodipine 24
telmisartan-hydrochlorothiazid 24
temazepam 49
TENIVAC (PF) 45
tenofovir disoproxil fumarate 83
TEPMETKO 75
terazosin 24
terbinafine hcl 67, 126
terconazole 67
teriflunomide 27
testosterone 38
testosterone cypionate 38
testosterone enanthate 38
tetrabenazine 27
TEVIMBRA 75
THALOMID 75
the magic bullet 126
theophylline 94
thera antifungal 126
thera moisturizing 126
thera-d 126
THERANATAL 126
THERANATAL COMPLETE 126
THERANATAL ONE 126
THERANATAL OVAVITE 126
THERANATAL PLUS 126
theratears 127
thiamine hcl (vitamin b1) 127

thioridazine 80
thiothixene 80
tiadylt er 24
tiagabine 63
TIBSOVO 75
ticagrelor 89
TICOVAC 45
tigecycline 60
tilia fe 38
timolol 48
timolol maleate 24, 48
timolol maleate (pf) 48
TINACTIN 127
tinidazole 60
tioconazole 127
tioconazole-1 127
TIVICAY 83
TIVICAY PD 83
tizanidine 17
tobramycin 48
tobramycin in 0.225 % nacl 60
tobramycin sulfate 60
tobramycin-dexamethasone 48
tolnaftate 127
tolterodine 32
topiramate 63
toremifene 75
torpenz 75
torsemide 24
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 92
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 92
TPN ELECTROLYTES 88
TRADJENTA 92
tramadol 54
trandolapril 24
trandolapril-verapamil 24
tranexamic acid 89
tranylcypromine 65
TRAVASOL 10 % 88
travel sickness 127
travel-ease (meclizine) 127
travoprost 48
TRAZIMERA 75
trazodone 65
TRECATOR 68
TRELEGY ELLIPTA 94
TRELSTAR 41
TREMFYA 45
TREMFYA ONE-PRESS 45
TREMFYA PEN 45
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) 46
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 92
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 92
TRESIBA U-100 INSULIN 92
tretinoin 30
tretinoin (antineoplastic) 75
tri-buffered aspirin 127
tri-estarylla 38
tri-legest fe 38
tri-linyah 38
tri-lo-estarylla 38
tri-lo-marzia 38
tri-lo-mili 38
tri-lo-sprintec 38
tri-mili 38
tri-sprintec (28) 38
tri-vylibra 38
tri-vylibra lo 38
triamcinolone acetonide 28, 40
triamterene 24
triamterene-hydrochlorothiazid 24
triderm 40
trientine 88
trifluoperazine 80
trifluridine 48
trihexyphenidyl 19
TRIJARDY XR 92
TRIKAFTA 94, 95
trimazole 127
trimethoprim 60

trimipramine 65
trinatal rx 1 88
TRINTELLIX 65
TRIPLE ANTIBIOTIC 127
triple antibiotic plus 127
triple antibiotic spray 127
triple antibiotic-pain relief 127
TRITOLNACIDE C 127
TRIUMEQ 83
TRIUMEQ PD 83
trivora (28) 38
TROGARZO 83
TROJAN BARESKIN 127
TROJAN EXTENDED PLEASURE 127
TROJAN MAGNUM CONDOMS 127
TROJAN PLEASURE PACK 127
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM 127
TROJAN ULTRA THIN 127
TROJAN ULTRA THIN SPERMICIDAL 127
TROJAN VERY THIN LUB CONDOMS 127
TROJAN-ENZ (NON-LUB) CONDOMS 127
TROJAN-ENZ LUBRICATED CONDOMS 127
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL CONDOMS 127
TRONVITE 127
TROPHAMINE 10 % 88
trospium 32
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS 52
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS 52
TRUE COVER CONDOM 127
trueplus glucose 127
TRULICITY 92
TRUMENBA 46
TRUQAP 75
TRUSTEX LATEX CONDOM 128
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS 128
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS 128
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE 128
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS 128
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS 128
TRYPTYR 48
tucks (witch hazel) 128
TUKYSA 75
tulana 38
TUMS 128
TUMS E-X 128
TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES 128
TUMS FRESHERS 128
TURALIO 75
turqoz (28) 38
tusnel diabetic 128
tusnel-ex 128
tussin 128
tussin chest congestion 128
tussin cough-chest congestion 128
tussin dm 128
tussin dm clear 128
tussin dm cough and chest 128
tussin dm max 128
tussin mucus-chest congestion 128
TUXARIN ER 128
TWINRIX (PF) 46
TWIRLA 38
TYBOST 83
TYENNE 46
TYENNE AUTOINJECTOR 46
TYLENOL 8 HOUR 128
TYLENOL ARTHRITIS PAIN 128
TYMLOS 25
TYPHIM VI 46

U

UBRELVY 18
UDENYCA 89
UDENYCA AUTOINJECTOR 89
UDENYCA ONBODY 89
ULTILET ALCOHOL SWAB 52
ultra a-d 128
ULTRA B-100 COMPLEX (FOODBASE) 128
ultra fresh 128
ultra fresh pm 128
ultra lubricant eye 128

ultra tuss safe 128
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 52
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 52
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 52
ULTRA-FINE SAFETY INSULIN SYRN 52
UNITHROID 40
UNITUXIN 75
UNLOXCYT 75
UP4 PROBIOTICS KIDS CUBES 128
UPTRAVI 95
urinary pain relief 129
uro-pain 129
ursodiol 31
USTEKINUMAB 46

V

VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM 129
valacyclovir 83
VALCHLOR 75
valganciclovir 83
valproate sodium 63
valproic acid 63
valproic acid (as sodium salt) 63
valrubicin 75
valsartan 24
valsartan-hydrochlorothiazide 24
VALTOCO 63
valtya 38
VANALICE 129
vancomycin 60
vancomycin in 0.9 % sodium chl 60
vancomycin in dextrose 5 % 60
vancomycin-diluent combo no.1 60
VANFLYTA 76
vanicream hc 129
vanquish 129
VAQTA (PF) 46
varenicline tartrate 26
VARIVAX (PF) 46
VASCEPA 24
VAXCHORA VACCINE 46
VCF CONTRACEPTIVE FILM 129
vcf contraceptive gel 129
VECTIBIX 76
vegetable lax-stool softener 129
vegetable laxative 129
VEGETARIAN BONEUP 129
velivet triphasic regimen (28) 38
VEMLIDY 83
VENCLEXTA 76
VENCLEXTA STARTING PACK 76
venlafaxine 65
ventiva tears 129
VENTOLIN HFA 95
VEPPANU 76
verapamil 24
VERQUVO 24
VERSACLOZ 80
verticalm 129
VERZENIO 76
vestura (28) 38
vienva 38
vigabatrin 63
vigadrone 63
VIGAFYDE 63
vigpoder 63
vilazodone 65
VIMKUNYA (PF) 46
viorele (28) 38
VIRACEPT 83
VIREAD 83, 84
vis guard (petrolatum-min oil) 129
vis guard (polyvinyl alcohol) 129
vista gel 129
vista meibo tears 129
vista tears 129
vit b comp-folic-choline-inosi 129
vitajoy melatonin 129
vitamin a and d 129
vitamin b complex 129
VITAMIN B COMPLEX-ELECTROLYTES 129

vitamin b complex-folic acid 129
vitamin b-12 129
vitamin b-6 129
vitamin c 129
vitamin d2 129
vitamin d3 ..... 129, 130
vitamin k 130
vitamins b complex 130
vitasure 130
VITRAKVI 76
vits a and d-white pet-lanolin 130
VIVITROL 26
VIVOTIF 46
VIZIMPRO 76
VOCABRIA 84
volnea (28) 38
VOLTAREN ARTHRITIS PAIN 130
VONJO 76
VORANIGO 76
voriconazole 68
voriconazole-hpbcd 68
VOSEVI 84
VOWST 31
VRAYLAR 80
vyfemla (28) 38
vylibra 38
VYLOY 76
VYVGART 18
VYVGART HYTRULO 18
VYZULTA 48

W

wal-dram 130
wal-dram 2 130
wal-dryl allergy 130
wal-fex allergy 130
wal-finate 130
wal-itin 130
wal-itin d 130
wal-itin d 12 hour 130
wal-mucil fiber (aspartame) 130
wal-mucil fiber (sugar) 130
wal-mucil natural fiber lax 130
wal-profen 130
wal-proxen 130
wal-sporin 130
wal-tussin 130
wal-tussin dm 130
wal-tussin dm clear 130
wal-zyr (cetirizine) 130
wal-zyr (ketotifen) 130
wal-zyr d 130
warfarin 89
WEBCOL 52
weekly-d 130
WELIREG 95
WELTRUZA 80
wera (28) 38
wesnatal dha complete 88
wesnate dha 88
westab plus 88
WINREVAIR 95
wixela inhub 95
woman's laxative (bisacodyl) 130
women's gentle laxative(bisac) 130
women's laxative (bisacodyl) 130
women's prenatal plus dha 130
wymzya fe 38

X

XALKORI 76
xarah fe 38
XARELTO 89
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 89
XATMEP 46
XCOPRI 64
XCOPRI MAINTENANCE PACK 64
XCOPRI TITRATION PACK 64
XDEMVY 52
xelria fe 38
XERMELO 31
XGEVA 25

XIFAXAN 31
XIGDUO XR 92
XOLAIR 46
XOSPATA 76
XPOVIO 76
XTANDI 76
xulane 38
xvite 130

Y

YERVOY 76
YESINTEK 46
YF-VAX (PF) 46
YONDELIS 76
yulithira 76
YUM-YUM DOPHILUS 130

Z

zaditor 131
zafemy 39
zafirlukast 95
zaleplon 49
zantac-360 (famotidine) 131
zarah 39
ZARXIO 89
zeasorb af 131
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 92
ZEGALOGUE SYRINGE 92
ZEJULA 77
ZELBORAF 77
ZEMAIRA 95
zenatane 30
ZENBEXUS 77
ZENPEP 95
zidovudine 84
zinc oxide 131
zinc sulfate 131
ziprasidone hcl 80
ziprasidone mesylate 80
ZIRABEV 77
ZIRGAN 84
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 25
zoledronic acid 25
zoledronic acid-mannitol-water 25
ZOLINZA 77
zolpidem 49
ZONISADE 64
zonisamide 64
ZORYVE 30
zostrix-hp 131
zovia 1-35 (28) 39
ZTALMY 64
ZUBSOLV 26
zumandimine (28) 39
ZURNAI 26
ZURZUVAE 65
ZYDELIG 77
ZYKADIA 77
zyncof 131
ZYNYZ 77
ZYPITAMAG 24
ZYPREXA 80
ZYPREXA RELPREVV 80
ZYRTEC 131
ZYRTEC-D 131

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Զանգահարե՛ք՝ **877-320-1235 (TTY: 711)**:

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন 877-320-1235 (TTY: 711) নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]：我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **877-320-1235 (听障专线：711)**。

繁體中文 [Traditional Chinese]：我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **877-320-1235 (聽障專線：711)**。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòma sèvis disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **877-320-1235 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French] : Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: નિઃશુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. 877-320-1235 (TTY: 711) પર કૉલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **877-320-1235 (TTY: 711)**

हिन्दी [Hindi]: निःशुल्क भाषा, सहायक मदद और वैकल्पिक प्रारूप सेवाएं उपलब्ध हैं। 877-320-1235 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **877-320-1235 (TTY: 711)**.

日本語 [Japanese]：言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**877-320-1235 (TTY: 711)** までお電話ください。

This notice is available at **https://www.humana.com/legal/multi-language-support**.

GHHNOA2025HUM_0425

ភាសាខ្មែរ [Khmer]៖ សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបាន។ ទូរសព្ទទៅលេខ 877-320-1235 (TTY: 711)។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다. **877-320-1235 (TTY: 711)**번으로 문의하십시오.

ພາສາລາວ [Lao] ມີການບໍລິການດ້ານພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໃຫ້ໃຊ້ຟຣີ. ໂທ 877-320-1235 (TTY: 711).

Diné [Navajo]: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahjį' bee adahodooníłígíí diné bich'į' anídahazt'i'í, dóó łahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahólǫ. Kohjį' hodíilnih **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Português [Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 877-320-1235 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. 877-320-1235 (TTY: 711) ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. 877-320-1235 (TTY: 711) కి కాల్ చేయండి.

اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال 877-320-1235 (TTY: 711)۔

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi **877-320-1235 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]፦ ቋንቋ፣ አጋዥ ማዳመጫ እና አማራጭ ቅርፀት ያላቸው አገልግሎቶችም ይገኛሉ። በ **877-320-1235 (TTY: 711)** ላይ ይደውሉ።

Bǎsɔ́ [Bassa]: Wudu-xwíníín-mú-zà-zà kǔà, Hwòdǒ-fɔńɔ-ńnyɔ,́ kè nyɔ-bɔǔn-po-kà bě bé nyuɛɛ se wídí péè-péè dò kɔ̀ **877-320-1235 (TTY: 711)** dá.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn iṣẹ́ àtìlẹhìn ìrànlọ́wọ́ èdè, àti ọ̀nà kíkà míràn wà lárọwọ́tó. Pe **877-320-1235 (TTY: 711).**

नेपाली [Nepali]: भाषासम्बन्धी नि:शुल्क, सहायक साधन र वैकल्पिक फार्मेट (ढाँचा/व्यवस्था) सेवाहरू उपलब्ध छन् । 877-320-1235 (TTY: 711) मा कल गर्नुहोस् ।

Notas

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta *lista de medicamentos* fue actualizada el 11/02/2026.. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contácte nos al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 A.M. a 8 P.M., hora local, los siete días de la semana o visite **es-www.humana.com/Medicaid/indiana/dsnp/pharmacy**.

H4939-001

Humana. | PathWays FOR AGING DUAL CARE