2027

Guía de Medicamentos Recetados

Formulario Humana Dual Integrated

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

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

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP)

Formulario 27368 versión 8

Esta *Lista de medicamentos* fue actualizada el 11/02/2026. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contácte nos al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana o visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Humana®

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**. 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 Dual Integrated (HMO D-SNP). *La Guía de Medicamentos* también le indica si existen reglas o restricciones especiales sobre algún medicamento cubierto por Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Los términos claves y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual para los afiliados*.

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 Dual Integrated (HMO 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 Dual Integrated (HMO 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 Dual Integrated (HMO D-SNP) cubre productos OTC que no sean medicamentos? 13

B17. ¿Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) cubre suministros de medicamentos recetados a largo plazo? 13

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 107

A. Descargos de responsabilidad

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

- Siempre puede consultar la *Guía de Medicamentos Cubiertos* actualizada de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) en línea en **es-www.humana.com/medicaredruglist** 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.
- Si tiene preguntas o problemas con el Programa de salud coordinado de MI o nuestro plan, contacte al Mediador de Salud, Hogar y Comunidad de MI (MI CHHO, por sus siglas en inglés) para ayuda gratuita. MI CHHO es un programa independiente y no está conectado con este plan. Llame al 1-888-746-6456 o visite el sitio web de MI CHHO en **meji.org/michho/mhlo**. Para programar una cita con un consejero de opciones centrado en las personas, llame a MI Options al 1-800-803-7174 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
- Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid de Michigan que brindar a los afiliados beneficios de ambos programas. La inscripción depende de la renovación del contrato.
- 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 1-855-281-6070 (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 Dual Integrated (HMO 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 Dual Integrated (HMO 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 Dual Integrated (HMO 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 Dual Integrated (HMO 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-www.humana.com/medicaredruglist** o llámenos al número que figura al pie de página de este documento.

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

Sí, y Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) debe seguir las reglas de Medicare y Michigan Medicaid 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 Dual Integrated (HMO 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*, **o**
- 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 Dual Integrated (HMO D-SNP) en línea en **es-www.humana.com/medicaredruglist**. 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, **o**
- Eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar, **o**
- 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 Dual Integrated (HMO D-SNP) según ciertos criterios antes de surtir su medicamento recetado. La autorización previa es diferente de un referido. Es posible que Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) no cubra el medicamento si no obtiene una autorización previa.
- **Límites de cantidad:** A veces, Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
- **Terapia por fases:** A veces, Humana Dual Integrated (HMO 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-www.humana.com/medicaredruglist**. 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 Dual Integrated (HMO 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 Dual Integrated (HMO 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 Dual Integrated (HMO 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 Dual Integrated (HMO 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 Dual Integrated (HMO 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 Dual Integrated (HMO D-SNP), **o**
- usted utiliza un medicamento que es parte de una restricción de terapia por fases.

Si está tomando un medicamento que Humana Dual Integrated 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 para personas de la tercera edad 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 Dual Integrated (HMO D-SNP) o no.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días que es afiliado de Humana Dual Integrated (HMO 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, **o**
  - 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, **o**
- 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, **o**
  - Debe probar primero un medicamento menos costoso, **o**
  - 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-www.humana.com/medicaredruglist**.

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 Dual Integrated (HMO 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 Dual Integrated (HMO 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 G2 del Capítulo 9** *del Manual para los afiliados* 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-www.humana.com/medicaredruglist**.

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 Dual Integrated (HMO 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** *del Manual para los afiliados*.

B15. ¿Qué son medicamentos OTC?

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

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

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

Humana Dual Integrated (HMO 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 Dual Integrated (HMO D-SNP) para saber qué productos OTC que no sean medicamentos están cubiertos.

Humana Dual Integrated (HMO 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 Dual Integrated (HMO 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. 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. Algunos medicamentos pueden ser elegibles para un suministro de hasta 100 días.

B18. ¿Cuál es mi copago?

Los afiliados de Humana Dual Integrated (HMO 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 de costos compartidos - Genéricos preferidos:** Medicamentos genéricos o de marca que están disponibles al nivel de costo compartido más bajo para este plan. Tienen copago de $0.
- **Nivel 2 de costos compartidos - Genéricos:** Medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo mayor que los medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1. Tienen copago de $0.
- **Nivel 3 de costos compartidos – De marca preferidos:** Medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo menor que los medicamentos no preferidos de Nivel 4. Tienen copago de $0 a $14.40, según su ingreso.
- **Nivel 4 de costos compartidos – Medicamentos no preferidos:** Medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo mayor que los medicamentos de marca preferidos de Nivel 3. Tienen copago de $0 a $14.40, según su ingreso.
- **Nivel 5 de costos compartidos – Nivel de especialidad:** Medicamentos inyectables y otros de alto costo. Tienen copago de $0 a $14.40, según su ingreso.

Los montos de copago indicados son para afiliados que califican para el programa Ayuda Adicional de Medicare. Si ya no recibe Ayuda Adicional, es posible que pague más por sus medicamentos recetados. Recibirá una carta sobre los nuevos costos de los medicamentos.

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 Dual Integrated (HMO 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 Dual Integrated (HMO 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 Michigan Medicaid.
- 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** *del Manual para los afiliados*.

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; Los 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 Dual Integrated (HMO 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	QL(30 cada 30 días)
probenecid 500 mg TABLET[MO]	3	
probenecid-colchicine 500-0.5 mg TABLET[MO]	3	
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		
pyridostigmine bromide 60 mg TABLET[MO]	3	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
dihydroergotamine 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml) SPRAY, NON-AEROSOL[DL]	4	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 28 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]	2	
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]	4	
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]	2	
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*rasagiline 0.5 mg, 1 mg TABLET*MO	2	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	1	QL(30 cada 30 días)
*amlodipine-benazepril 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg CAPSULE*MO	1	QL(30 cada 30 días)
*amlodipine-benazepril 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg CAPSULE*MO	1	QL(60 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)
*amlodipine-valsartan-hcthiazid 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 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	
*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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*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	
*droxidopa 100 mg, 200 mg CAPSULE*MO	4	PA,QL(90 cada 30 días)
*droxidopa 300 mg CAPSULE*MO	4	PA,QL(180 cada 30 días)
*enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg TABLET*MO	1	
*enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg, 5-12.5 mg TABLET*MO	1	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*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 CAPSULE*MO	3	QL(30 cada 30 días)
*fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg, 43 mg CAPSULE*MO	2	QL(30 cada 30 días)
*fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE*MO	2	QL(60 cada 30 días)
*fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET*MO	2	QL(30 cada 30 días)
*fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET*MO	2	QL(60 cada 30 días)
*fenofibric acid 105 mg, 35 mg TABLET*MO	3	QL(30 cada 30 días)
*fenofibric acid (choline) 135 mg, 45 mg CAPSULE, DR/EC*MO	2	QL(30 cada 30 días)
*flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET*MO	3	
*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	
*icosapent ethyl 0.5 gram CAPSULE*MO	3	QL(240 cada 30 días)
*icosapent ethyl 1 gram CAPSULE*MO	3	QL(120 cada 30 días)
*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	3	
*isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR.*MO	1	
*isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR.*MO	1	
*isosorbide-hydralazine 20-37.5 mg TABLET*MO	3	QL(180 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*ivabradine 5 mg, 7.5 mg TABLET*MO	3	QL(60 cada 30 días)
KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLETMO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
KERENDIA 40 MG TABLETMO	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 TABLETMO	3	QL(60 cada 30 días)
*nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET*MO	3	
*nebivolol 10 mg TABLET*MO	2	QL(120 cada 30 días)
*nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET*MO	2	QL(30 cada 30 días)
*nebivolol 20 mg TABLET*MO	2	QL(60 cada 30 días)
NEXLETOL 180 MG TABLETMO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXLIZET 180-10 MG TABLETMO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
*niacin 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET, ER 24 HR.*MO	4	
*niacor 500 mg TABLET*MO	3	
*nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER*MO	2	
*nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR.*MO	2	
*nimodipine 30 mg CAPSULE*MO	4	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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]	2	
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET[MO]	2	
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	
pitavastatin calcium 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
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]	3	
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(7 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 TABLET[MO]	3	QL(180 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*sacubitril-valsartan 49-51 mg, 97-103 mg TABLET*MO	3	QL(60 cada 30 días)
*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)
*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)

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)
BOMYNTRA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION[DL]	5	PA,QL(1.7 cada 28 días)
BOMYNTRA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SYRINGE[DL]	5	PA,QL(1.7 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	QL(3 cada 90 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SYRINGE[MO]	4	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 TABLET[MO]	4	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)
risedronate 5 mg TABLET[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
teriparatide 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml) PEN INJECTOR[DL]	5	PA,QL(2.24 cada 28 días)
TERIPARATIDE 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML) PEN INJECTOR[DL]	5	PA,QL(2.24 cada 28 días)
TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR[DL]	5	PA,QL(1.56 cada 30 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]	4	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
budesonide 9 mg TABLET, DR/ER[MO]	4	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)
sulfasalazine 500 mg TABLET[MO]	1	
sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC[MO]	2	
TARPEYO 4 MG CAPSULE, DR/EC[DL]	5	PA,QL(120 cada 30 días)
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 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg FILM[MO]	4	
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 8-2 mg SUBLINGUAL TABLET[MO]	2	
bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR.[MO]	2	QL(90 cada 30 días)
disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET[MO]	2	
KLOXXADO 8 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL[MO]	4	
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	
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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
*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)
FIRDAPSE 10 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(300 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)
*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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE[MO]	3	QL(60 cada 30 días)
RADICAVA 30 MG/100 ML SOLUTION[DL]	5	PA
RADICAVA ORS 105 MG/5 ML SUSPENSION[DL]	5	PA,QL(70 cada 28 días)
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP 105 MG/5 ML SUSPENSION[DL]	5	PA,QL(70 cada 28 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)
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	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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*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)
*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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 % CREAM[MO]	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	
OTEZLA 20 MG, 30 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) TABLET, DOSE PACK[DL]	5	PA,QL(55 cada 28 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) TABLET, DOSE PACK[DL]	5	PA,QL(27 cada 30 días)
OTEZLA XR 75 MG TABLET, ER 24 HR.[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OTEZLA XR INITIATION 10-20-30-75 MG TABLET AND TABLET ER DOSE PACK[DL]	5	PA,QL(41 cada 28 días)
permethrin 5 % CREAM[MO]	3	
pimecrolimus 1 % CREAM[MO]	4	PA,QL(100 cada 30 días)
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 OINTMENT[MO]	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 % CREAM[MO]	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 % CREAM[MO]	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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*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	
*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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PANTOPRAZOLE IN 0.9% SOD CHLOR 40 MG/50 ML (0.8 MG/ML) PIGGYBACK**MO**	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	
PYLERA 140-125-125 MG CAPSULE**MO**	4	ST,QL(120 cada 30 días)
*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 SOLUTION**MO**	4	
SUTAB 1.479-0.188- 0.225 GRAM TABLET**MO**	3	
TALICIA 10-250-12.5 MG CAPSULE, IR/DR, BIPHASIC**MO**	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 CAPSULE**DL**	5	PA
XERMELO 250 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(84 cada 28 días)
XIFAXAN 200 MG TABLET**MO**	3	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET**DL**	3	PA,QL(84 cada 28 días)
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**	2	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 CAPSULE**MO**	4	QL(90 cada 30 días)
*fesoterodine 4 mg, 8 mg TABLET, ER 24 HR.***MO**	4	QL(30 cada 30 días)
*finasteride 5 mg TABLET***MO**	1	QL(30 cada 30 días)
GEMTESA 75 MG TABLET**MO**	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, RECON**MO**	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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*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	4	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	3	
*abigale lo 0.5-0.1 mg TABLET*MO	3	
*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	2	
*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)
*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	2	
*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	2	
*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	2	
*camila 0.35 mg TABLET*MO	2	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*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	
*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	
*dolishale 90-20 mcg (28) TABLET*MO	2	
*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	2	
*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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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**	3	
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, DISINTEGRATING **MO**	4	
gallifrey 5 mg TABLET **MO**	3	
GWYN LO 220-20 MCG/24 HR PATCH, WEEKLY **MO**	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	
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**	2	
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*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	2	
*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, 90-20 mcg (28) TABLET*MO	2	
*levonorgestrel-ethinyl estrad 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH*MO	2	QL(91 cada 90 días)
*levora-28 0.15-0.03 mg TABLET*MO	2	
*lo-zumandimine (28) 3-0.02 mg TABLET*MO	2	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLETMO	2	
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLETMO	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, 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	1	
*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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*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 TABLETMO	3	
*microgestin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET*MO	2	
*microgestin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET*MO	2	
*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	3	
*mono-linyah 0.25-0.035 mg TABLET*MO	2	
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG TABLETMO	4	
*necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET*MO	2	
NEXPLANON 68 MG IMPLANTMO	3	
*nikki (28) 3-0.02 mg TABLET*MO	2	
NORA-BE 0.35 MG TABLETMO	2	
*norelgestromin-ethin.estradiol 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY*MO	3	QL(3 cada 28 días)
*noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET*MO	2	
*norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET*MO	2	
*norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg, 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	2	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*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	PA
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	2	
*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	
*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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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, WEEKLY[MO]	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]	2	
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]	2	
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]	2	
xulane 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY[MO]	3	QL(3 cada 28 días)
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, 0.2 mg TABLET[MO]	3	
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
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]	3	
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]	2	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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
*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
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)
SIGNIFOR LAR 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION**DL**	5	PA,QL(1 cada 28 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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]	1	
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)
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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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
ENTYVIO PEN 108 MG/0.68 ML PEN INJECTOR[DL]	5	PA,QL(1.36 cada 28 días)
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
*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	
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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
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	
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)
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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
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	
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	
VELSIPITY 2 MG TABLET[DL]	5	PA,QL(30 cada 30 días)
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	
ZYMFENTRA 120 MG/ML PEN INJECTOR KIT[DL]	5	PA,QL(2 cada 28 días)
ZYMFENTRA 120 MG/ML SYRINGE KIT[DL]	5	PA,QL(2 cada 28 días)
AGENTES OFTÁLMICOS		
atropine 1 % DROPS[MO]	2	
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE[MO]	2	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
azelastine 0.05 % DROPS[MO]	2	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT[MO]	3	
bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT[MO]	1	
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION[MO]	4	
betaxolol 0.5 % DROPS[MO]	2	
bimatoprost 0.01 %, 0.03 % DROPS[MO]	3	QL(2.5 cada 25 días)
brimonidine 0.2 % DROPS[MO]	1	
brimonidine-timolol 0.2-0.5 % DROPS[MO]	3	
carteolol 1 % DROPS[MO]	1	
ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS[MO]	1	
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]	3	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]	4	PA,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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
*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	
*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	1	
*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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lithium carbonate 300 mg, 450 mg TABLET ER[MO]	2	
lithium citrate 8 meq/5 ml SOLUTION[MO]	4	
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)
temazepam 15 mg CAPSULE[DL]	4	QL(30 cada 30 días)
temazepam 30 mg CAPSULE[DL]	4	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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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**MO**	4	PA,QL(60 cada 30 días)
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG CAPSULE, DOSE PACK**MO**	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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	
FILSPARI 200 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FILSPARI 400 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
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", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE**PDS,MO**	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 1 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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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" SYRINGE**PDS,MO**	1	
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 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 SYRINGE**PDS,MO**	1	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE**PDS,MO**	1	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE**PDS,MO**	1	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 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	
WEGOVY 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML PEN INJECTOR**DL**	3	PA,QL(2 cada 28 días)
WEGOVY 1.5 MG, 25 MG, 4 MG, 9 MG TABLET**DL**	3	PA,QL(30 cada 30 días)
WEGOVY 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML PEN INJECTOR**DL**	3	PA,QL(3 cada 28 días)
XDEMVY 0.25 % DROPS**MO**	4	PA,QL(10 cada 42 días)
ANALGÉSICOS		
*acetaminophen-codeine 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml) SOLUTION***DL**	3	QL(2700 cada 30 días)
*acetaminophen-codeine 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml SOLUTION***DL**	4	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**	4	QL(180 cada 30 días)
*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	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 TABLET**DL**	4	QL(360 cada 30 días)
ENDOCET 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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg TABLET[DL]	4	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg/15 ml SOLUTION[DL]	4	QL(2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 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 5-325 mg, 7.5-325 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]	4	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)
hydromorphone (pf) 2 mg/ml SOLUTION[DL]	4	BvsD
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)
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)
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]	4	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg TABLET[DL]	4	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]	4	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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
naproxen 375 mg TABLET, DR/EC **MO**	3	
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 TABLET **DL**	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg, 30 mg TABLET **DL**	4	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE **DL**	4	QL(270 cada 30 días)
oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION **DL**	3	QL(5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg TABLET **DL**	4	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET **DL**	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 5-325 mg, 7.5-325 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**	2	PA,QL(30 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE **DL**	2	PA,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	
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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]	4	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET[DL]	4	
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]	4	
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]	4	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg TABLET[DL]	4	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE[DL]	3	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE[DL]	4	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	
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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]	4	
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE[MO]	2	
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	
gentamicin sulfate (ped) (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION[MO]	1	
imipenem-cilastatin 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION[MO]	3	
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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]	3	
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[MO]	4	
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	
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
tetracycline 250 mg, 500 mg CAPSULE[MO]	4	
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[MO]	4	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	
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)
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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]	2	
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]	4	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]	3	
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	
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 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, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 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	
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[MO]	4	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[MO]	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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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**	2	QL(120 cada 30 días)
*bupropion hcl 100 mg, 75 mg TABLET***MO**	2	QL(180 cada 30 días)
*bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR.***MO**	2	QL(90 cada 30 días)
*bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR.***MO**	2	QL(90 cada 30 días)
*bupropion hcl 200 mg TABLET, SR 12 HR.***MO**	2	QL(60 cada 30 días)
*bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR.***MO**	2	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**	3	
*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)
*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**	4	
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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[MO]	4	
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)
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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM[MO]	2	QL(180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION[MO]	3	QL(90 cada 28 días)
CRESEMBA 186 MG, 74.5 MG CAPSULE[DL]	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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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 PIGGYBACK[DL]	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[MO]	4	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	
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	
PRETOMANID 200 MG TABLET[MO]	4	QL(30 cada 30 días)
PRIFTIN 150 MG TABLET[MO]	4	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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
ANTINEOPLÁSICOS		
abiraterone 250 mg TABLET[MO]	4	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)
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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION**DL**	5	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION**DL**	5	PA
*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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
erlotinib 100 mg TABLET[MO]	3	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 150 mg TABLET[MO]	4	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET[MO]	3	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, 40 MG CAPSULE[MO]	4	
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE[DL]	5	
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)
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[MO]	4	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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
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)
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
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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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**	3	
*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	
*lomustine 100 mg CAPSULE***DL**	5	
*lomustine 40 mg CAPSULE***DL**	4	
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)
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
mercaptopurine 50 mg TABLET[MO]	3	
mesna 400 mg TABLET[DL]	4	
mitomycin 20 mg, 40 mg RECON SOLUTION[DL]	5	
mitomycin 5 mg RECON SOLUTION[MO]	4	
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 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)
OGIVRI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION[DL]	5	PA
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)
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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
POMALYST 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
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 CAPSULE**DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(120 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
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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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***MO**	4	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)
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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
ZEGFROVY 150 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ZEGFROVY 200 MG TABLET**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION[MO]	4	BvsD
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)
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	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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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**MO**	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**MO**	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	
*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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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**MO**	4	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(150 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)
*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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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[MO]	4	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[MO]	3	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)
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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]	3	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)
etravirine 100 mg TABLET[DL]	5	QL(120 cada 30 días)
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[MO]	4	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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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**	4	
*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***MO**	3	QL(240 cada 30 días)
*maraviroc 300 mg TABLET***MO**	4	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**	3	QL(224 cada 365 días)
*oseltamivir 45 mg CAPSULE***MO**	3	QL(112 cada 365 días)
*oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION***MO**	3	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**	2	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 150 MG (6)- 100 MG (5) TABLET, DOSE PACK**MO**	2	QL(22 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK**MO**	2	QL(60 cada 10 días)
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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
*sofosbuvir-velpatasvir 400-100 mg TABLET***DL**	5	PA,QL(28 cada 28 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)
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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 acetate(phosphat bind) 667 mg CAPSULE[MO]	3	
calcium acetate(phosphat bind) 667 mg TABLET[MO]	3	
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
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % 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%-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	
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 SOLUTION[DL]	5	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET[MO]	2	
PRENATABS FA 29-1 MG TABLET[MO]	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 TABLET[MO]	2	
PROSOL 20 % PARENTERAL SOLUTION[MO]	4	BvsD
ringer's PARENTERAL SOLUTION[MO]	1	
se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET[MO]	2	
sevelamer carbonate 0.8 gram POWDER IN PACKET[MO]	4	QL(540 cada 30 días)
sevelamer carbonate 2.4 gram POWDER IN PACKET[MO]	4	QL(180 cada 30 días)
sevelamer carbonate 800 mg TABLET[MO]	4	QL(540 cada 30 días)
sevelamer hcl 400 mg, 800 mg TABLET[MO]	4	
SMOFLIPID 20 % EMULSION[MO]	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	
tolvaptan (polycys kidney dis) 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)
tolvaptan (polycys kidney dis) 15 mg, 30 mg TABLET[DL]	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION[MO]	4	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION[MO]	4	BvsD
trientine 250 mg CAPSULE[MO]	4	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	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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ELIQUIS SPRINKLE 0.15 MG CAPSULE, SPRINKLE**MO**	3	QL(74 cada 30 días)
*eltrombopag olamine 12.5 mg POWDER IN PACKET***DL**	5	PA,QL(360 cada 30 días)
*eltrombopag olamine 12.5 mg, 25 mg TABLET***DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
*eltrombopag olamine 25 mg POWDER IN PACKET***DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
*eltrombopag olamine 50 mg TABLET***DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
*eltrombopag olamine 75 mg TABLET***DL**	5	PA,QL(60 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	
*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**	3	QL(30 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	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 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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
dapagliflozin 10 mg, 5 mg TABLET[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION[DL]	5	
FARXIGA 10 MG, 5 MG TABLET[MO]	3	PA,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-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET[MO]	1	
GVOKE 1 MG/0.2 ML SOLUTION[MO]	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML AUTO-INJECTOR[MO]	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML AUTO-INJECTOR[MO]	3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 1 MG/0.2 ML SYRINGE[MO]	3	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 1 MG/0.2 ML SYRINGE[MO]	3	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN[CI,DL]	5	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION[CI,MO]	2	
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET[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 5 mg TABLET[MO]	3	QL(30 cada 30 días)
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION[CI,MO]	2	
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)
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	
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[MO]	4	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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 furoate-vilanterol 100-25 mcg/dose, 200-25 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE***MO**	3	QL(60 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**	4	
*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)
*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)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE**DL**	5	PA,QL(60 cada 30 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)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
TOBI PODHALER 28 MG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE[DL]	5	PA,QL(224 cada 28 días)
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)
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	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 TABLET, SOLUBLE***DL**	5	PA
*sapropterin 100 mg, 500 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		
24 hour allergy relief 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION	*	
3-day vaginal 2 % CREAM	*	
8 hour pain reliever 650 mg TABLET ER	*	
8hr muscle aches-pain 650 mg TABLET ER	*	
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SOLUTION	*	
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SUSPENSION	*	
acetaminophen 160 mg/5 ml, 500 mg/15 ml LIQUID	*	
acetaminophen 325 mg, 500 mg TABLET	*	
acetaminophen 650 mg SUPPOSITORY	*	
acetaminophen 650 mg TABLET ER	*	
acid gone antacid 95-358 mg/15 ml SUSPENSION	*	
acid reducer (famotidine) 10 mg, 20 mg TABLET	*	
acid reducer complete (famot) 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	*	
acid reducer-antacid 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	*	
ACNE MEDICATION 10 %, 5 % GEL	*	
adult aspirin regimen 81 mg TABLET, DR/EC	*	
ala-hist ir 2 mg TABLET	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ALAWAY 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
all day allergy (cetirizine) 10 mg TABLET	*	
all day pain relief 220 mg TABLET	*	
all day relief 220 mg TABLET	*	
ALLER-CHLOR 4 MG TABLET	*	
aller-ease 180 mg TABLET	*	
aller-g-time 25 mg TABLET	*	
allergy 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
allergy (chlorpheniramine) 4 mg TABLET	*	
allergy (diphenhydramine) 25 mg TABLET	*	
allergy relief (cetirizine) 10 mg, 5 mg TABLET	*	
allergy relief (fexofenadine) 180 mg, 60 mg TABLET	*	
allergy relief (fluticasone) 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION	*	
allergy relief (loratadine) 10 mg TABLET	*	
allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml SOLUTION	*	
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-time 4 mg TABLET	*	
almacone-2 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
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	*	
ammonium lactate 12 % CREAM	*	
antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid anti-gas 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid ext str (calcium carb) 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid regular strength 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid ultra strength 400 mg calcium (1,000 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
anti-diarrheal (loperamide) 1 mg/7.5 ml LIQUID	*	
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg CAPSULE	*	
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg TABLET	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
anti-itch (hc) 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
antifungal (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
antifungal (miconazole) 2 % CREAM	*	
antifungal (tolnaftate) 1 % CREAM	*	
arthritis pain relief (acetam) 650 mg TABLET ER	*	
artificial tears(pvalch-povid) 0.5-0.6 % DROPS	*	
aspirin 300 mg SUPPOSITORY	*	
aspirin 325 mg TABLET	*	
aspirin 325 mg, 81 mg TABLET, DR/EC	*	
aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	*	
aspirin,buffd-calcium carb-mag 325 mg TABLET	*	
athlete's foot (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
BACMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET	*	
banophen 25 mg TABLET	*	
banophen 50 mg CAPSULE	*	
benzoyl peroxide 10 %, 2.5 %, 5 % GEL	*	
benzoyl peroxide 5 % CLEANSER	*	
BETADINE 10 % SOLUTION	*	
bisacodyl 10 mg SUPPOSITORY	*	
bisacodyl 5 mg TABLET, DR/EC	*	
bismuth subsalicylate 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
budesonide 32 mcg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL	*	
cal-gest antacid 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	*	
calcium antacid 200 mg calcium (500 mg), 300 mg (750 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-vitamin d3 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
carboxymethylcellulose sodium 0.5 % DROPPERETTE	*	
carboxymethylcellulose sodium 0.5 % DROPS	*	
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION	*	QL(300 cada 30 días)
cetirizine 10 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET	*	
cetirizine 10 mg, 5 mg TABLET	*	
cetirizine 5 mg/5 ml SOLUTION	*	
child allergy relf(cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION	*	QL(300 cada 30 días)
child pain rel-fever reducer 120 mg SUPPOSITORY	*	
child's all day allergy(cetir) 1 mg/ml SOLUTION	*	QL(300 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
children's acetaminophen 160 mg/5 ml LIQUID	*	
children's acetaminophen 160 mg/5 ml, 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SUSPENSION	*	
CHILDREN'S ALAWAY 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
children's allergy (diphenhyd) 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
children's allergy relief(fex) 30 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's allergy relief(lor) 5 mg/5 ml SOLUTION	*	
children's cetirizine 1 mg/ml SOLUTION	*	QL(300 cada 30 días)
children's cetirizine 10 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's mapap 80 mg CHEWABLE TABLET	*	
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	*	
cholecalciferol (vitamin d3) 250 mcg (10,000 unit) CAPSULE	*	
chromium chloride 4 mcg/ml SOLUTION	*	
clearlax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
clotrimazole 1 % CREAM	*	
clotrimazole-3 2 % CREAM	*	
COLACE 100 MG CAPSULE	*	
copper chloride 0.4 mg/ml SOLUTION	*	
corvita 1.25-2.5-7 mg TABLET	*	
CORVITE 1.25-2.5-7 MG TABLET	*	
cupric chloride 0.4 mg/ml SOLUTION	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg/ml SOLUTION	1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 500 mcg/spray SPRAY, NON-AEROSOL	*	
DIALYVITE 1-100-300-50 MG-MG-MCG-MG, 100-1 MG TABLET	*	
DIALYVITE 3000 3-70-15 MG-MCG-MG TABLET	*	
DIALYVITE 5000 5 MG TABLET	*	
DIALYVITE SUPREME D 3-2,000 MG-UNIT TABLET	*	
dimetane (diphenhydramine hcl) 25 mg, 50 mg CAPSULE	*	
diphedryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
diphenhydramine hcl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
diphenhydramine hcl 25 mg TABLET	*	
diphenhydramine hcl 25 mg, 50 mg CAPSULE	*	
docusate sodium 100 mg, 250 mg CAPSULE	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
docusate sodium 50 mg/5 ml LIQUID	*	
dual action complete 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	*	
dual action pain reliever 125-250 mg TABLET	*	
econtra ez 1.5 mg TABLET	*	
econtra one-step 1.5 mg TABLET	*	
ed chlorped jr 2 mg/5 ml SYRUP	*	
ed-apap 160 mg/5 ml LIQUID	*	
ENLYTE (IRON) 1.5 MG IRON- 8.73 MG CAPSULE, IR/DR, BIPHASIC	*	
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	
eye itch relief 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
famotidine 10 mg, 20 mg TABLET	*	
fe-vite 15 mg iron (75 mg)/ml DROPS	*	
ferosul 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferro-time 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferrous sulfate 15 mg iron (75 mg)/ml DROPS	*	
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml ELIXIR	*	
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml SOLUTION	*	
ferrous sulfate 300 mg (60 mg iron)/5 ml LIQUID	*	
ferrous sulfate 324 mg (65 mg iron), 325 mg (65 mg iron) TABLET, DR/EC	*	
ferrous sulfate 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
FEVERALL 120 MG, 325 MG, 650 MG, 80 MG SUPPOSITORY	*	
fexofenadine 180 mg, 60 mg TABLET	*	
first aid antibiotic 3.5mg-400 unit- 5,000 unit/gram OINTMENT	*	
FIRST AID ANTISEPTIC(POVIDONE) 10 % OINTMENT	*	
fleet bisacodyl 5 mg TABLET, DR/EC	*	
fleet docusate 100 mg CAPSULE	*	
FLEET ENEMA 19-7 GRAM/118 ML ENEMA	*	
FLEET PEDIATRIC 9.5-3.5 GRAM/59 ML ENEMA	*	
flotrex 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg CHEWABLE TABLET	*	
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION	*	
folic acid 1 mg TABLET	*	
folic acid 1 mg TABLET	1	
folic acid 5 mg/ml SOLUTION	1	
FOLTRATE 0.5-1 MG TABLET	*	
GENTEAL TEARS SEVERE GEL 0.3 % GEL	*	
GENTEAL TEARS SEVERE(PETROLAT) 94-3 % OINTMENT	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
gentle laxative (bisacodyl) 10 mg SUPPOSITORY	*	
gentle laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
healthylax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
heartburn relief 254-237.5 mg/5 ml SUSPENSION	*	
heartburn relief (famotidine) 10 mg, 20 mg TABLET	*	
HISTAFLEX 325-25 MG TABLET	*	
HISTEX (TRIPROLIDINE) 2.5 MG/5 ML LIQUID	*	
HISTEX PD 0.938 MG/ML DROPS	*	
hydrocortisone 0.5 % CREAM	*	
hydrocortisone 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone acetate 0.5 %, 1 % CREAM	*	
hydrocortisone-aloe vera 1 % CREAM	*	
hydroxocobalamin 1,000 mcg/ml SOLUTION	*	
ibu-200 200 mg TABLET	*	
ibuprofen 100 mg CHEWABLE TABLET	*	
ibuprofen 200 mg CAPSULE	*	
ibuprofen 200 mg TABLET	*	
ibuprofen ib 100 mg CHEWABLE TABLET	*	
ibuprofen jr strength 100 mg CHEWABLE TABLET	*	
ibuprofen-acetaminophen 125-250 mg TABLET	*	
infant's acetaminophen 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
infant's ibuprofen 50 mg/1.25 ml DROPS, SUSPENSION	*	
infants' pain and fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
iron 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
itch relief (hc) with aloe 1 % CREAM	*	
K-PHOS-NEUTRAL 250 MG TABLET	*	
ketotifen fumarate 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
lansoprazole 15 mg CAPSULE, DR/EC	*	QL(60 cada 30 días)
lasolex ac 2 % CREAM	*	
laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
levonorgestrel 1.5 mg TABLET	*	
lice killing 0.33-4 % SHAMPOO	*	
lice killing (permethrin) 1 % LIQUID	*	
lice treatment 1 % LIQUID	*	
lidocaine 4 % CREAM	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
loperamide 1 mg/7.5 ml LIQUID	*	
loratadine 10 mg TABLET	*	
loratadine 10 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
loratadine 5 mg/5 ml SOLUTION	*	
LOTRIMIN AF (CLOTRIMAZOLE) 1 % CREAM	*	
lubricant eye 57.3-42.5 % OINTMENT	*	
lubricant eye drops 0.5 % DROPPERETTE	*	
lubricant eye drops 0.5 % DROPS	*	
lubrifresh pm 83-15 % OINTMENT	*	
m-dryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
m-pap 160 mg/5 ml LIQUID	*	
MAG-AL 200-200 MG/5 ML SUSPENSION	*	
MAG-AL PLUS 200-200-20 MG/5 ML SUSPENSION	*	
mag-al plus extra strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
magnesium oxide 400 mg (241.3 mg magnesium), 420 mg TABLET	*	
manganese chloride 0.1 mg/ml SOLUTION	*	
mapap (acetaminophen) 500 mg CAPSULE	*	
micoclear 1 % CREAM	*	
miconazole nitrate 1,200-2 mg-%, 200 mg- 2 % (9 gram) KIT	*	
miconazole nitrate 2 % CREAM	*	
miconazole nitrate 2 % SOLUTION W/APPLICATOR	*	
miconazole-3 200 mg- 2 % (9 gram) KIT	*	
miconazole-7 2 % CREAM	*	
micotrin ac 1 % CREAM	*	
mintox maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
multi-vit with fluoride-iron 0.25mg fluoride -10 mg iron/ml DROPS	*	
multi-vitamin with fluoride 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg CHEWABLE TABLET	*	
multi-vitamin with fluoride 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml DROPS	*	
my choice 1.5 mg TABLET	*	
my way 1.5 mg TABLET	*	
mycozyl ac 1 % CREAM	*	
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL	*	
naproxen sodium 220 mg CAPSULE	*	
naproxen sodium 220 mg TABLET	*	
NASCOBAL 500 MCG/SPRAY SPRAY, NON-AEROSOL	*	
NEPHPLEX RX 1-60-300-12.5 MG-MG-MCG-MG TABLET	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
new day 1.5 mg TABLET	*	
niacin 500 mg CAPSULE, ER	*	
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	*	
omeprazole 20 mg TABLET, DR/EC	*	
omeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC	*	
opcicon one-step 1.5 mg TABLET	*	
option-2 1.5 mg TABLET	*	
oyster shell calcium 500 500 mg calcium (1,250 mg) TABLET	*	
oyster shell calcium-vit d3 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
pain relief (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET	*	
pain relief es (acetaminophen) 500 mg TABLET	*	
pain reliever (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET	*	
pain reliever (acetaminophen) 650 mg SUPPOSITORY	*	
pain reliever es(acetaminophn) 500 mg TABLET	*	
pedia iron 15 mg iron (75 mg)/ml DROPS	*	
PEDIACLEAR PD 0.625 MG/ML DROPS	*	
PEDIAVENT 2 MG/5 ML LIQUID	*	
phospha 250 neutral 250 mg TABLET	*	
phospho-trin 250 neutral 250 mg TABLET	*	
phospho-trin k500 500 mg TABLET, SOLUBLE	*	
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	*	
pink bismuth 262 mg TABLET	*	
pink bismuth 525 mg/15 ml SUSPENSION	*	
POLY-VI-FLOR (ARCOFOLIN) 0.25 MG FLUORIDE, 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE CHEWABLE TABLET	*	
POLY-VI-FLOR W-IRON(ARCOFOLIN) 0.5 MG FLUORIDE -10 MG IRON CHEWABLE TABLET	*	
polyethylene glycol 3350 17 gram POWDER IN PACKET	*	
polyvinyl alcohol 1.4 % DROPS	*	
povidone-iodine 10 % SOLUTION	*	
prevacid 24hr 15 mg CAPSULE, DR/EC	*	QL(60 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
proctozone-b 10 mg SUPPOSITORY	*	
pyridoxine (vitamin b6) 100 mg/ml SOLUTION	*	
QUFLORA FE 9-0.25 MG CHEWABLE TABLET	*	
QUFLORA FE (FERROUS SULFATE) 9.5-0.25 MG/ML DROPS	*	
QUFLORA PEDIATRIC 0.25MG FLUORIDE (0.55 MG), 0.5 MG FLUORIDE (1.1 MG), 1 MG FLUORIDE (2.2 MG) CHEWABLE TABLET	*	
QUFLORA PEDIATRIC DROPS 0.25MG FLUORIDE (0.55 MG)/ML, 0.5 MG FLUORIDE (1.1 MG)/ML DROPS	*	
ready-to-use enema 19-7 gram/118 ml ENEMA	*	
REFRESH CELLUVISC 1 % DROPPERETTE, GEL	*	
REFRESH LACRI-LUBE 56.8-42.5 % OINTMENT	*	
REFRESH LIQUIGEL 1 % DROPS, LIQUID GEL	*	
REFRESH OPTIVE MEGA-3 (PF) 0.5-1-0.5 % DROPS	*	
REFRESH PLUS 0.5 % DROPPERETTE	*	
REFRESH TEARS 0.5 % DROPS	*	
renal caps 1 mg CAPSULE	*	
reno caps 1 mg CAPSULE	*	
SLOW-MAG 71.5 MG TABLET, DR/EC	*	
smooth antacid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
sodium bicarbonate 325 mg, 650 mg TABLET	*	
soluvita multivitamin fluoride 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml DROPS	*	
stomach relief 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
stomach relief 262 mg TABLET	*	
stomach relief 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml SUSPENSION	*	
stool softener 100 mg, 250 mg CAPSULE	*	
stool softener (docusate cal) 240 mg CAPSULE	*	
STROVITE FORTE 10-1 MG TABLET	*	
STROVITE ONE 1-1,000-15-5 MG-UNIT-MG-MG TABLET	*	
SYSTANE GEL 0.3 % GEL	*	
tension headache 500-65 mg TABLET	*	
thiamine hcl (vitamin b1) 100 mg/ml SOLUTION	*	
tioconazole-1 6.5 % OINTMENT	*	
tolnaftate 1 % CREAM	*	
tolnaftate 1 % POWDER	*	
tri-vite with fluoride 0.25 mg fluor. (0.55 mg)/ml, 0.5 mg fluoride (1.1 mg)/ml DROPS	*	
triphrocaps 1 mg CAPSULE	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
triple antibiotic 3.5mg-400 unit- 5,000 unit/gram OINTMENT	*	
triprolidine hcl 0.625 mg/ml, 0.938 mg/ml DROPS	*	
vit 3 500 mg-500 mcg -1 mg-12.5 mg CAPSULE	*	
VITAL-D RX 1,750-60-1-12.5 UNIT-MG-MG-MG TABLET	*	
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	
vitamin k 1 mg/0.5 ml SOLUTION	*	
vitamin k1 10 mg/ml SOLUTION	*	
wes-phos 250 neutral 250 mg TABLET	*	
wescaps 1 mg CAPSULE	*	
westab max 2.5-25-2 mg TABLET	*	
women's gentle laxative(bisac) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
your choice 1.5 mg TABLET	*	
zaditor 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
(*) NO ES UN MEDICAMENTO DE LA PARTE D - AUTORIZACION PREVIA		
benzphetamine 50 mg TABLET	*	
diethylpropion 25 mg TABLET	*	
diethylpropion 75 mg TABLET ER	*	
IMCIVREE 10 MG/ML SOLUTION	*	
liraglutide (weight loss) 3 mg/0.5 ml (18 mg/3 ml) PEN INJECTOR	*	QL(15 cada 30 días)
lomaira 8 mg TABLET	*	
orlistat 120 mg CAPSULE	*	
phendimetrazine tartrate 105 mg CAPSULE, ER	*	
phendimetrazine tartrate 35 mg TABLET	*	
phentermine 15 mg, 30 mg, 37.5 mg CAPSULE	*	
phentermine 37.5 mg, 8 mg TABLET	*	
phentermine-topiramate 11.25-69 mg, 15-92 mg, 3.75-23 mg, 7.5-46 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR.	*	QL(30 cada 30 días)
SAXENDA 3 MG/0.5 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR	*	QL(15 cada 30 días)
WEGOVY 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)
WEGOVY 1.5 MG, 25 MG, 4 MG, 9 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)
WEGOVY 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML PEN INJECTOR	3	PA,QL(3 cada 28 días)
WEGOVY HD 7.2 MG/0.75 ML PEN INJECTOR	*	QL(3 cada 28 días)
XENICAL 120 MG CAPSULE	*	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ZEPBOUND 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	*	QL(2 cada 28 días)
ZEPBOUND KWIKPEN 10 MG/0.6 ML (40 MG/2.4 ML), 12.5 MG/0.6 ML (50 MG/2.4 ML), 15 MG/0.6 ML (60 MG/2.4 ML), 2.5 MG/0.6 ML (10 MG/2.4 ML), 5 MG/0.6 ML (20 MG/2.4 ML), 7.5 MG/0.6 ML (30 MG/2.4 ML) PEN INJECTOR	*	QL(2.4 cada 28 días)

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.

#

24 hour allergy relief 96
3-day vaginal 96
8 hour pain reliever 96
8hr muscle aches-pain 96

A

abacavir 81
abacavir-lamivudine 81
ABELCET 67
abigale 33
abigale lo 33
ABILIFY ASIMTUFII 78
ABILIFY MAINTENA 78
abiraterone 69
abirtega 69
ABRYSVO (PF) 42
acamprosate 26
acarbose 91
accutane 28
acebutolol 19
acetaminophen 96
acetaminophen-codeine 53
acetazolamide 19
acetic acid 56
acetylcysteine 93
acid gone antacid 96
acid reducer (famotidine) 96
acid reducer complete (famot) 96
acid reducer-antacid 96
acitretin 28
ACNE MEDICATION 96
ACTHIB (PF) 42
ACTIMMUNE 42
acyclovir 81
acyclovir sodium 81
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 42
ADALIMUMAB-ADAZ 42
ADALIMUMAB-ADBM 42
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS 42
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV 42
adapalene 28
adefovir 81
ADEMPAS 93
ADSTILADRIN 49
adult aspirin regimen 96
ADVAIR HFA 93
afatinib 69
afirmelle 33
AIRSUPRA 93
AKEEGA 69
ala-hist ir 96
ALAWAY 97
albendazole 78
albuterol sulfate 93
ALCOHOL PADS 49
ALCOHOL PREP PADS 49
ALCOHOL SWABS 49
ALCOHOL WIPES 49
ALECENSA 69
alendronate 25
alfuzosin 32
aliskiren 19
all day allergy (cetirizine) 97
all day pain relief 97
all day relief 97
ALLER-CHLOR 97
aller-ease 97
aller-g-time 97
allergy 97
allergy (chlorpheniramine) 97
allergy (diphenhydramine) 97
allergy relief (cetirizine) 97

allergy relief (fexofenadine) 97
allergy relief (fluticasone) 97
allergy relief (loratadine) 97
allergy relief(chlorpheniramn) 97
allergy relief(diphenhydramin) 97
allergy-time 97
allopurinol 17
almacone-2 97
alosetron 30
alprazolam 55
altavera (28) 33
alum-mag hydroxide-simeth 97
aluminum hydroxide gel 97
ALUNBRIG 69
alyacen 1/35 (28) 33
alyacen 7/7/7 (28) 33
alyq 93
amantadine hcl 18
ambrisentan 93
amethia 33
amethyst (28) 33
amikacin 56
amiloride 19
amiloride-hydrochlorothiazide 19
aminophylline 93
AMINOSYN II 10 % 85
AMINOSYN II 15 % 85
AMINOSYN-PF 10 % 85
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) 85
amiodarone 19
amitriptyline 64
amlodipine 19
amlodipine-atorvastatin 19
amlodipine-benazepril 19
amlodipine-olmesartan 19
amlodipine-valsartan 19
amlodipine-valsartan-hcthiazid 19
ammonium lactate 28, 97
amnesteem 28
amoxapine 64
amoxicillin 56
amoxicillin-pot clavulanate 56
amphotericin b 67
amphotericin b liposome 67
ampicillin 56
ampicillin sodium 56
ampicillin-sulbactam 57
anagrelide 89
anastrozole 69
ANKTIVA 69
antacid (calcium carbonate) 97
antacid anti-gas 97
antacid ext str (calcium carb) 97
antacid regular strength 97
antacid ultra strength 97
antacid-antigas 97
anti-diarrheal (loperamide) 97
anti-itch (hc) 98
antifungal (clotrimazole) 98
antifungal (miconazole) 98
antifungal (tolnaftate) 98
apomorphine 18
aprepitant 66
apri 33
APTIVUS 82
aranelle (28) 33
ARCALYST 42
AREXVY (PF) 42
arformoterol 93
ARIKAYCE 57
aripiprazole 78
ARISTADA 78
ARISTADA INITIO 78
ARNUITY ELLIPTA 93
arthritis pain relief (acetam) 98
artificial tears(pvalch-povid) 98
asenapine maleate 78
ashlyna 33
aspirin 98
aspirin,buffd-calcium carb-mag 98

atazanavir 82
atenolol 19
atenolol-chlorthalidone 19
athlete's foot (clotrimazole) 98
atomoxetine 26
atorvastatin 19
atovaquone 78
atovaquone-proguanil 78
atropine 46
ATROPINE SULFATE (PF) 46
ATROVENT HFA 93
aubra 33
aubra eq 33
AUGTYRO 69
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) 27
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE 49
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS 49
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS 49
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 49
AUVELITY 64, 65
AUVI-Q 93
aviane 33
AVMAPKI-FAKZYNJA 69
ayuna 33
AYVAKIT 69
azacitidine 69
azathioprine 42
azelaic acid 28
azelastine 47, 93
azithromycin 57
aztreonam 57
azurette (28) 33

B

bacitracin 47, 57
bacitracin-polymyxin b 47
baclofen 17
BACMIN 98
bal-care dha 85
balsalazide 25
BALVERSA 69
balziva (28) 33
BAND-AID GAUZE PADS 49
banophen 98
BAQSIMI 91
BARACLUDE 82
BAVENCIO 69
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 50
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
BELSOMRA 49
benazepril 19
benazepril-hydrochlorothiazide 19
BENLYSTA 42
benzoyl peroxide 98
benzphetamine 105
benztropine 18

BEQALZI 69
BEQALZI STARTER PACK 69
BESREMI 42
BESREMI PEN 43
BETADINE 98
BETADINE OPHTHALMIC PREP 47
betaine 95
betamethasone acet,sod phos 39
betamethasone dipropionate 28
betamethasone valerate 28
betamethasone, augmented 28
betaxolol 47
bethanechol chloride 32
bexarotene 69
BEXSERO 43
bicalutamide 69
BICILLIN C-R 57
BICILLIN L-A 57
BIKTARVY 82
bimatoprost 47
bisacodyl 98
bismuth subsalicylate 98
bisoprolol fumarate 19
bisoprolol-hydrochlorothiazide 19
BIXLENVO 82
BIXLENVO-SUNLENCA STARTER PACK 82
blisovi 24 fe 33
blisovi fe 1.5/30 (28) 33
blisovi fe 1/20 (28) 33
BOMYNTRA 25
BOOSTRIX TDAP 43
BORDERED GAUZE 50
BORTEZOMIB 69
BOSULIF 69, 70
bosutinib 70
BRAFTOVI 70
BREO ELLIPTA 93
BREZTRI AEROSPHERE 93
briellyn 33
brimonidine 47
brimonidine-timolol 47
brivaracetam 61
BRIVIACT 61
bromocriptine 18
BRUKINSA 70
budesonide 25, 26, 93, 98
bumetanide 19, 20
bupivacaine (pf) 55
bupivacaine hcl 55
buprenorphine 53
buprenorphine hcl 26
buprenorphine-naloxone 26
bupropion hcl 65
bupropion hcl (smoking deter) 26
buspirone 55
butalbital-acetaminophen-caff 50
BYSANTI 78
BYSANTI TITRATION PACK A 79
BYSANTI TITRATION PACK B 79
BYSANTI TITRATION PACK C 79

C

c-nate dha 85
CABENUVA 82
cabergoline 41
CABOMETYX 70
cal-gest antacid 98
calcipotriene 28
calcitonin (salmon) 25
calcitriol 25
calcium acetate(phosphat bind) 85
calcium antacid 98
calcium carbonate 98
calcium carbonate-vitamin d3 98
calcium chloride 85
calcium gluconate 85
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 70
camila 33
camrese 34
camrese lo 34
candesartan 20

candesartan-hydrochlorothiazid 20
CAPLYTA 79
CAPRELSA 70
captopril 20
captopril-hydrochlorothiazide 20
carbamazepine 61
carbidopa 18
carbidopa-levodopa 18
carbidopa-levodopa-entacapone 18
carboxymethylcellulose sodium 98
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 50
carglumic acid 85
carteolol 47
cartia xt 20
carvedilol 20
caspofungin 67
CAVHANZA 70
CAYSTON 94
cefaclor 57
cefadroxil 57
cefazolin 57
cefazolin in dextrose (iso-os) 57
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 58
ceftaroline fosamil 58
ceftazidime 58
ceftriaxone 58
ceftriaxone in dextrose,iso-os 58
cefuroxime axetil 58
cefuroxime sodium 58
celecoxib 53
cephalexin 58
CEQUR SIMPLICITY 50
CEQUR SIMPLICITY INSERTER 50
cetirizine 94, 98
chateal eq (28) 34
CHEMET 85
child allergy relf(cetirizine) 98
child pain rel-fever reducer 98
child's all day allergy(cetir) 98
children's acetaminophen 99
CHILDREN'S ALAWAY 99
children's allergy (diphenhyd) 99
children's allergy relief(fex) 99
children's allergy relief(lor) 99
children's cetirizine 99
children's ibuprofen 99
children's mapap 99
children's pain relief 99
children's pain reliever 99
children's pain-fever relief 99
chlorhexidine gluconate 28
chloroquine phosphate 78
chlorpromazine 79
chlorthalidone 20
chlorzoxazone 93
cholecalciferol (vitamin d3) 99
cholestyramine (with sugar) 20
cholestyramine light 20
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN 39
chromium chloride 99
ciclodan 67
ciclopirox 67
cidofovir 82
cilostazol 89
CIMDUO 82
cimetidine 30
cimetidine hcl 30
cinacalcet 25
ciprofloxacin hcl 47, 58
ciprofloxacin in 5 % dextrose 58
citalopram 65

claravis 28
clarithromycin 58
clearlax 99
clindamycin hcl 58
clindamycin in 0.9 % sod chlor 58
clindamycin in 5 % dextrose 58
clindamycin palmitate hcl 58
clindamycin pediatric 58
clindamycin phosphate 28, 29, 58
clindamycin-benzoyl peroxide 29
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 85
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 85
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 85
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 85
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 85
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 85
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 85
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 85
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE 85
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 85
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 85
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 85
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 85
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 86
CLINISOL SF 15 % 86
CLINOLIPID 86
clobazam 62
clobetasol 29
clobetasol-emollient 29
clomipramine 65
clonazepam 56
clonidine 20
clonidine hcl 20
clopidogrel 89
clorazepate dipotassium 56
clotrimazole 67, 99
clotrimazole-3 99
clotrimazole-betamethasone 67
clozapine 79
COARTEM 78
COBENFY 50
COBENFY STARTER PACK 50
COLACE 99
colchicine 17
colestipol 20
colistin (colistimethate na) 58
COMBIVENT RESPIMAT 94
COMETRIQ 70
complete natal dha 86
compro 66
conjugated estrogens 34
constulose 31
COPIKTRA 70
copper chloride 99
corvita 99
CORVITE 99
COSENTYX 43
COSENTYX (2 SYRINGES) 43
COSENTYX PEN 43
COSENTYX PEN (2 PENS) 43
COSENTYX UNOREADY PEN 43
COTELLIC 70
CREON 95
CRESEMBA 67
cromolyn 47, 94
cryselle (28) 34
cupric chloride 99
CURITY ALCOHOL SWABS 50
CURITY GAUZE 50
cyanocobalamin (vitamin b-12) 99
cyclobenzaprine 93
cyclophosphamide 70
cyclosporine 43, 47
cyclosporine modified 43
CYRAMZA 70
cyred 34
cyred eq 34
CYSTAGON 96
CYSTARAN 47

D

d10 %-0.45 % sodium chloride 86
d2.5 %-0.45 % sodium chloride 86
d5 % and 0.9 % sodium chloride 86
d5 %-0.45 % sodium chloride 86
dabigatran etexilate 89
danazol 34
DANYELZA 70
dapagliflozin 91
dapsone 68
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 43
daptomycin 58
daptomycin in 0.9 % sod chlor 58
darunavir 82
DARZALEX 70
DARZALEX FASPRO 70
dasatinib 70
dasetta 1/35 (28) 34
dasetta 7/7/7 (28) 34
DAURISMO 70
daysee 34
deblitane 34
decitabine 70
deferasirox 86
DELSTRIGO 82
DENGVAXIA (PF) 43
DEPO-ESTRADIOL 34
DEPO-SUBQ PROVERA 104 34
DERMACEA 50
DESCOVY 82
desipramine 65
desloratadine 94
desmopressin 39
desog-e.estradiol/e.estradiol 34
desogestrel-ethinyl estradiol 34
desonide 29
desvenlafaxine succinate 65
dexamethasone 39
dexamethasone intensol 39
dexamethasone sodium phos (pf) 40
dexamethasone sodium phosphate 40, 47
dexmethylphenidate 27
dextroamphetamine sulfate 27
dextroamphetamine-amphetamine 27
dextromethorphan-quinidine 27
dextrose 10 % and 0.2 % nacl 86
dextrose 10 % in water (d10w) 86
dextrose 20 % in water (d20w) 86
dextrose 25 % in water (d25w) 86
dextrose 30 % in water (d30w) 86
dextrose 40 % in water (d40w) 86
dextrose 5 % in water (d5w) 86
dextrose 5 %-lactated ringers 86
dextrose 5%-0.2 % sod chloride 86
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride 86
dextrose 50 % in water (d50w) 86
dextrose 70 % in water (d70w) 86
DIACOMIT 62
DIALYVITE 99
DIALYVITE 3000 99
DIALYVITE 5000 99
DIALYVITE SUPREME D 99
diazepam 56, 62
diazepam intensol 56
diazoxide 91
diclofenac potassium 53
diclofenac sodium 29, 47, 53
dicloxacillin 59
dicyclomine 31
diethylpropion 105
digoxin 20
dihydroergotamine 18
DILANTIN 62
dilt-xr 20
diltiazem hcl 20
dimetane (diphenhydramine hcl) 99
dimethyl fumarate 27
diphedryl 99
diphenhydramine hcl 94, 99
diphenoxylate-atropine 31
disulfiram 26

divalproex 62
docusate sodium 99, 100
dofetilide 20
dolishale 34
donepezil 17
dorzolamide 47
dorzolamide-timolol 47
dorzolamide-timolol (pf) 47
dotti 34
DOVATO 82
doxazosin 20
doxepin 56
doxercalciferol 25
doxy-100 59
doxycycline hyclate 59
doxycycline monohydrate 59
DRIZALMA SPRINKLE 27
dronabinol 66
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) 50
DROPLET INSULIN SYRINGE 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
droxidopa 20
dual action complete 100
dual action pain reliever 100
DUAVEE 34
duloxetine 27
DUPIXENT PEN 43
DUPIXENT SYRINGE 43
dutasteride 32
dutasteride-tamsulosin 32

E

EASY COMFORT ALCOHOL PAD 51
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS 51
EASYLIFE ALCOHOL PADS 51
econtra ez 100
econtra one-step 100
ed chlorped jr 100
ed-apap 100
EDURANT 82
EDURANT PED 82
efavirenz 82
efavirenz-emtricitabin-tenofov 82
efavirenz-lamivu-tenofov disop 82
electrolyte-148 86
electrolyte-48 in d5w 86
electrolyte-a 86
ELELYSO 96
eletriptan 18
ELIGARD 41
ELIGARD (3 MONTH) 41
ELIGARD (4 MONTH) 41
ELIGARD (6 MONTH) 41
elinest 34
ELIQUIS 89
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 89
ELIQUIS SPRINKLE 90
ELMIRON 32
eltrombopag olamine 90
eluryng 34
EMGALITY PEN 18
EMGALITY SYRINGE 18
EMPLICITI 70
EMSAM 65
emtricita-rilpivirine-tenof df 82
emtricitabine 82
emtricitabine-tenofovir (tdf) 82
EMTRIVA 82
emzahh 34
enalapril maleate 20
enalapril-hydrochlorothiazide 20
ENBREL 43
ENBREL MINI 43
ENBREL SURECLICK 43
ENDOCET 53
ENDOMETRIN 34

ENGERIX-B (PF) 43
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 43
enilloring 34
ENLYTE (IRON) 100
ENOBY 25
enoxaparin 90
enpresse 34
ENSACOVE 70
enskyce 34
entacapone 18
entecavir 82
ENTYVIO PEN 43
enulose 31
ENVARSUS XR 43
EPIDIOLEX 62
epinephrine 94
epitol 62
EPRONTIA 62
ERBITUX 70
ergocalciferol (vitamin d2) 100
ergotamine-caffeine 18
ERIVEDGE 70
ERLEADA 70
erlotinib 71
errin 34
ertapenem 59
ERYTHROCIN 59
erythromycin 47, 59
erythromycin lactobionate 59
erythromycin with ethanol 29
escitalopram oxalate 65
eslicarbazepine 62
esomeprazole magnesium 31
estarylla 34
estradiol 34, 35
estradiol valerate 35
estradiol-norethindrone acet 35
eszopiclone 49
ETCAMAH 71
ethambutol 68
ethosuximide 62
ethynodiol diac-eth estradiol 35
etodolac 53
etonogestrel-ethinyl estradiol 35
etravirine 82
EULEXIN 71
EVDI 71
everolimus (antineoplastic) 71
everolimus (immunosuppressive) 43
EVOTAZ 82
exemestane 71
EXXUA 65
eye itch relief 100
EYSUVIS 47
ezetimibe 21
ezetimibe-simvastatin 21

F

falmina (28) 35
famciclovir 82
famotidine 31, 100
famotidine (pf) 31
FANAPT 79
FANAPT TITRATION PACK A 79
FANAPT TITRATION PACK B 79
FANAPT TITRATION PACK C 79
FARXIGA 91
FASENRA PEN 94
fe-vite 100
febuxostat 17
feirza 35
felbamate 62
felodipine 21
FEMLYV 35
fenofibrate 21
fenofibrate micronized 21
fenofibrate nanocrystallized 21
fenofibric acid 21
fenofibric acid (choline) 21
fentanyl 53
ferosul 100

ferro-time 100
ferrous sulfate 100
fesoterodine 32
FETZIMA 65
FEVERALL 100
fexofenadine 100
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 91
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 91
FIASP U-100 INSULIN 91
fidaxomicin 59
FILSPARI 51
finasteride 32
fingolimod 27
FINTEPLA 62
FIRDAPSE 27
FIRMAGON 41
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 41
first aid antibiotic 100
FIRST AID ANTISEPTIC(POVIDONE) 100
flecainide 21
fleet bisacodyl 100
fleet docusate 100
FLEET ENEMA 100
FLEET PEDIATRIC 100
flotrex 100
fluconazole 67
fluconazole in nacl (iso-osm) 67
flucytosine 67
fludrocortisone 40
flunisolide 94
fluocinolone 29
fluocinolone acetonide oil 17
fluocinolone and shower cap 29
fluocinonide 29
fluorometholone 47
fluorouracil 29, 71
fluoxetine 65
fluphenazine decanoate 79
fluphenazine hcl 79
flurbiprofen 53
flurbiprofen sodium 47
fluticasone furoate-vilanterol 94
fluticasone propion-salmeterol 94
fluticasone propionate 29, 94, 100
fluvoxamine 65
folic acid 100
FOLTRATE 100
FORTEO 25
fosamprenavir 82
fosfomycin tromethamine 59
fosinopril 21
fosinopril-hydrochlorothiazide 21
fosphenytoin 62
FOTIVDA 71
FRUZAQLA 71
furosemide 21
FUZEON 82

G

gabapentin 62
galantamine 17
gallifrey 35
GAMUNEX-C 43
GARDASIL 9 (PF) 43, 44
gatifloxacin 47
GAUZE BANDAGE 51
GAUZE PAD 51
gavilyte-c 31
gavilyte-g 31
gavilyte-n 31
GAVRETO 71
GAZYVA 71
gefitinib 71
gemfibrozil 21
GEMTESA 32
generlac 31
gentamicin 47, 59
gentamicin in nacl (iso-osm) 59
gentamicin sulfate (ped) (pf) 59
GENTEAL TEARS SEVERE GEL 100
GENTEAL TEARS SEVERE(PETROLAT) 100

gentle laxative (bisacodyl) 101
GENVOYA 82
GILOTRIF 71
glatiramer 27
glatopa 27
GLEOSTINE 71
glimepiride 91
glipizide 91
glipizide-metformin 91
glutamine (sickle cell) 31
glycopyrrolate 31
GOMEKLI 71
granisetron hcl 66
griseofulvin microsize 67
griseofulvin ultramicrosize 67
guanfacine 21, 27
GVOKE 91
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 91
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 91
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 91
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 91
GWYN LO 35

H

HAEGARDA 44
hailey 35
hailey 24 fe 35
hailey fe 1.5/30 (28) 35
hailey fe 1/20 (28) 35
haloette 35
haloperidol 79
haloperidol decanoate 79
haloperidol lactate 79
HAVRIX (PF) 44
healthylax 101
heartburn relief 101
heartburn relief (famotidine) 101
heather 35
heparin (porcine) 90
heparin, porcine (pf) 90
HEPLISAV-B (PF) 44
HERNEXEOS 71
HIBERIX (PF) 44
HISTAFLEX 101
HISTEX (TRIPROLIDINE) 101
HISTEX PD 101
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 91
hydralazine 21
hydrochlorothiazide 21
hydrocodone-acetaminophen 54
hydrocodone-ibuprofen 54
hydrocortisone 26, 29, 101
hydrocortisone acetate 101
hydrocortisone butyrate 29
hydrocortisone-acetic acid 17
hydrocortisone-aloe vera 101
hydromorphone 54
hydromorphone (pf) 54
hydroxocobalamin 101
hydroxychloroquine 78
hydroxyurea 71
hydroxyzine hcl 56
hydroxyzine pamoate 94
HYRNUO 71

I

ibandronate 25
IBRANCE 71
IBTROZI 71
ibu 54
ibu-200 101
ibuprofen 54, 101
ibuprofen ib 101
ibuprofen jr strength 101
ibuprofen-acetaminophen 101
icatibant 44
iclevia 35
ICLUSIG 71
icosapent ethyl 21
IDHIFA 71
IDVYNSO 82
ILEVRO 47

imatinib 71
IMBRUVICA 71, 72
IMCIVREE 105
IMFINZI 72
imipenem-cilastatin 59
imipramine hcl 65
imiquimod 30
IMJUDO 72
IMKELDI 72
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 44
IMPAVIDO 78
incassia 35
INCONTROL ALCOHOL PADS 51
INCRELEX 39
indapamide 21
indomethacin 54
INFANRIX (DTAP) (PF) 44
infant's acetaminophen 101
infant's ibuprofen 101
infants' pain and fever 101
INLURIYO 72
INLYTA 72
INQOVI 72
INREBIC 72
INSULIN LISPRO 91
INSULIN SYRINGE MICROFINE 51
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 51
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 51
INTELENCE 83
INTRALIPID 86
introvale 35
INVEGA HAFYERA 79, 80
INVEGA SUSTENNA 80
INVEGA TRINZA 80
IONOSOL-MB IN D5W 86
IPOL 44
ipratropium bromide 94
ipratropium-albuterol 94
irbesartan 21
irbesartan-hydrochlorothiazide 21
iron 101
ISENTRESS 83
ISENTRESS HD 83
isibloom 35
ISOLYTE S PH 7.4 86
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 86
ISOLYTE-S 86
isoniazid 68
isosorbide dinitrate 21
isosorbide mononitrate 21
isosorbide-hydralazine 21
isotretinoin 30
itch relief (hc) with aloe 101
ITOVEBI 72
itraconazole 67
IV PREP WIPES 51
ivabradine 22
ivermectin 78
IWILFIN 72
IXIARO (PF) 44

J

jaimiess 35
JAKAFI 72
JAKAFI XR 72
jantoven 90
JARDIANCE 91
jasmiel (28) 35
JAYPIRCA 72
JEMPERLI 72
jencycla 35
JIDEYTRO 72
juleber 35
JULUCA 83
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
JYNNEOS (PF) 44

K

K-PHOS-NEUTRAL 101
KABIVEN 86
KALETRA 83
kalliga 35
kariva (28) 35
kelnor 1/35 (28) 35
kelnor 1/50 (28) 36
KERENDIA 22
KESIMPTA PEN 27
ketoconazole 68
ketorolac 47, 54
ketotifen fumarate 101
KEYTRUDA 72
KEYTRUDA QLEX 72
KINRIX (PF) 44
kionex 86
KISQALI 72
klayesta 68
KLOR-CON 10 86
KLOR-CON 8 87
klor-con m10 87
KLOR-CON M15 87
klor-con m20 87
KLOXXADO 26
KOMZIFTI 72
KOSELUGO 72
KRAZATI 72
kurvelo (28) 36

L

l norgest/e.estradiol-e.estrad 36
labetalol 22
lacosamide 62
lactated ringers 87
lactulose 31
lamivudine 83
lamivudine-zidovudine 83
lamotrigine 62
LAMPIT 78
lanreotide 41
lansoprazole 31, 101
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 91
LANTUS U-100 INSULIN 91
lapatinib 72
larin 1.5/30 (21) 36
larin 1/20 (21) 36
larin 24 fe 36
larin fe 1.5/30 (28) 36
larin fe 1/20 (28) 36
lasolex ac 101
latanoprost 47
laxative (bisacodyl) 101
LAZCLUZE 72
leena 28 36
leflunomide 44
lenalidomide 72
LENVIMA 72, 73
lessina 36
letrozole 73
leucovorin calcium 73
LEUKERAN 73
leuprolide 41
leuprolide acetate (3 month) 41
levalbuterol tartrate 94
levetiracetam 62, 63
levetiracetam in nacl (iso-os) 63
LEVO-T 40
levobunolol 47
levocarnitine 87
levocarnitine (with sugar) 87
levocetirizine 94
levofloxacin 59
levofloxacin in d5w 59
levoleucovorin calcium 73
levonest (28) 36
levonorg-eth estrad triphasic 36
levonorgestrel 101
levonorgestrel-ethinyl estrad 36
levora-28 36
levothyroxine 40

LEVOXYL 40
LIBERVANT 63
LIBTAYO 73
lice killing 101
lice killing (permethrin) 101
lice treatment 101
lidocaine 55, 101
lidocaine hcl 55
lidocaine-epinephrine 55
lidocaine-prilocaine 55
LIFYORLI 73
linagliptin 91
linezolid 59
linezolid in dextrose 5% 59
linezolid-0.9% sodium chloride 59
LINZESS 31
liomny 40
liothyronine 40
liraglutide (weight loss) 105
lisinopril 22
lisinopril-hydrochlorothiazide 22
lithium carbonate 48, 49
lithium citrate 49
LIVTENCITY 83
lo-zumandimine (28) 36
LOCOID LIPOCREAM 30
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 36
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 36
lojaimiess 36
LOKELMA 87
lomaira 105
lomustine 73
LONSURF 73
loperamide 31, 102
lopinavir-ritonavir 83
LOQTORZI 73
loratadine 102
lorazepam 56
lorazepam intensol 56
LORBRENA 73
loryna (28) 36
losartan 22
losartan-hydrochlorothiazide 22
LOTEMAX SM 47
loteprednol etabonate 47
LOTRIMIN AF (CLOTRIMAZOLE) 102
lovastatin 22
low-ogestrel (28) 36
loxapine succinate 80
lubiprostone 31
lubricant eye 102
lubricant eye drops 102
lubrifresh pm 102
luizza 36
LUMAKRAS 73
LUMIGAN 47
LUPRON DEPOT 41
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 41
lurasidone 80
lutera (28) 36
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 41
LYBALVI 80
lyleq 36
lyllana 36
LYNPARZA 73
LYSODREN 73
LYTGOBI 73
lyza 36

M

m-dryl 102
M-M-R II (PF) 44
m-natal plus 87
m-pap 102
macitentan 94
MAG-AL 102
MAG-AL PLUS 102
mag-al plus extra strength 102
magnesium oxide 102
magnesium sulfate 87
magnesium sulfate in d5w 87

magnesium sulfate in water 87
malathion 30
manganese chloride 102
mapap (acetaminophen) 102
maraviroc 83
MARGENZA 73
marlissa (28) 36
MARPLAN 65
MATULANE 73
meclizine 66
medroxyprogesterone 36
mefloquine 78
megestrol 36, 37
MEKINIST 73
MEKTOVI 73
meleya 37
meloxicam 54
memantine 17
MENEST 37
MENQUADFI (PF) 44
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 44
mercaptopurine 73, 74
meropenem 59
meropenem-0.9% sodium chloride 60
mesalamine 26
mesna 74
metformin 91
methadone 54
methadone intensol 54
methazolamide 47
methenamine hippurate 60
methimazole 42
methocarbamol 93
methotrexate sodium 44
methotrexate sodium (pf) 44
methsuximide 63
methyldopa 22
methylphenidate hcl 27
methylprednisolone 40
methylprednisolone acetate 40
methylprednisolone sodium succ 40
metoclopramide hcl 66
metolazone 22
metoprolol succinate 22
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 22
metoprolol tartrate 22
metronidazole 60
metronidazole in nacl (iso-os) 60
metyrosine 22
micafungin 68
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL 68
micoclear 102
miconazole nitrate 102
miconazole-3 ..... 68, 102
miconazole-7 102
micotrin ac 102
microgestin 1.5/30 (21) 37
microgestin 1/20 (21) 37
microgestin fe 1.5/30 (28) 37
microgestin fe 1/20 (28) 37
midodrine 22
MIEBO (PF) 47
mifepristone 51
mili 37
mimvey 37
minocycline 60
minoxidil 22
mintox maximum strength 102
MIRENA 51
mirtazapine 65
misoprostol 31
mitomycin 74
modafinil 49
MODEYSO 74
moexipril 22
molindone 80
mometasone 30, 94
mondoxyne nl 60
mono-linyah 37
montelukast 94

morphine 54
morphine concentrate 54
MOUNJARO 91
MOVANTIK 31
moxifloxacin 47, 60
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 60
MRESVIA (PF) 44
MULTAQ 22
multi-vit with fluoride-iron 102
multi-vitamin with fluoride 102
mupirocin 30
MVASI 74
my choice 102
my way 102
mycophenolate mofetil 44
mycophenolate mofetil (hcl) 44
mycophenolate sodium 44
mycozyl ac 102
MYRBETRIQ 32

N

nabumetone 54
nadolol 22
nafcillin 60
nafcillin in dextrose iso-osm 60
naloxone 26, 102
naltrexone 26
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 51
NANO PEN NEEDLE 51
naproxen 54, 55
naproxen sodium 55, 102
naratriptan 18
NASCOBAL 102
NATACYN 47
NATAZIA 37
nateglinide 91
NAYZILAM 63
nebivolol 22
necon 0.5/35 (28) 37
nefazodone 65
neo-vital rx 87
neomycin 60
neomycin-bacitracin-poly-hc 48
neomycin-bacitracin-polymyxin 48
neomycin-polymyxin b-dexameth 48
neomycin-polymyxin-gramicidin 48
neomycin-polymyxin-hc 17, 48
NEONATAL COMPLETE 87
NEONATAL PLUS VITAMIN 87
NEONATAL-DHA 87
NEPHPLEX RX 102
NERLYNX 74
nevirapine 83
new day 103
NEXLETOL 22
NEXLIZET 22
NEXPLANON 37
niacin 22, 103
niacor 22
nicotine 103
nicotine (polacrilex) 103
NICOTROL NS 26
nifedipine 22
nikki (28) 37
nilotinib hcl 74
nilutamide 74
nimodipine 22, 23
NINLARO 74
nintedanib 94
nitazoxanide 78
nitisinone 96
nitrofurantoin macrocrystal 60
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 60
nitroglycerin 23, 51
NIVESTYM 90
nizatidine 31
NORA-BE 37
norelgestromin-ethin.estradiol 37
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
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE 87
NORMOSOL-R 87
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE 87
NORMOSOL-R PH 7.4 87
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 83
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 92
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 92
NOVOLIN N FLEXPEN 92
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 92
NOVOLIN R FLEXPEN 92
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 92
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 92
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN 92
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 92
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 92
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 92
NOVOPEN ECHO 52
NUBEQA 74
NUCALA 94
NUPLAZID 80
NUTRILIPID 87
nyamyc 68
nylia 1/35 (28) 37
nylia 7/7/7 (28) 37
nystatin 68
nystatin-triamcinolone 68
nystop 68

O

ocella 37
octreotide acetate 41
octreotide,microspheres 41
ODEFSEY 83
ODOMZO 74
OFEV 94
ofloxacin 17, 48, 60
OGIVRI 74
OGSIVEO 74
OJEMDA 74
OJJAARA 74
olanzapine 80
olmesartan 23
olmesartan-amlodipin-hcthiazid 23
olmesartan-hydrochlorothiazide 23
omega-3 acid ethyl esters 23
omeprazole 31, 103
omeprazole magnesium 103
OMLYCLO 44
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) 52
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) 52
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) 52
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS) 52
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 52
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) 52
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 52
OMNIPOD GO PODS 52
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, 67
ondansetron hcl (pf) 67
one natal rx 87
ONUREG 74
opcicon one-step 103
OPDIVO 74
OPDIVO QVANTIG 74
OPDUALAG 74
OPIPZA 80

option-2 103
ORGOVYX 74
orlistat 105
orquidea 37
ORSERDU 74
oseltamivir 83
OTEZLA 30
OTEZLA STARTER 30
OTEZLA XR 30
OTEZLA XR INITIATION 30
OTULFI 44
oxacillin 60
oxacillin in dextrose(iso-osm) 60
oxcarbazepine 63
oxybutynin chloride 32
oxycodone 55
oxycodone-acetaminophen 55
oyster shell calcium 500 103
oyster shell calcium-vit d3 103
OZEMPIC 92

P

PACERONE 23
pain relief (acetaminophen) 103
pain relief es (acetaminophen) 103
pain reliever (acetaminophen) 103
pain reliever es(acetaminophn) 103
paliperidone 80
PANRETIN 74
pantoprazole 31
pantoprazole in 0.9% sod chlor 31, 32
paricalcitol 25
paroxetine hcl 66
PAXLOVID 83
pazopanib 74
pedia iron 103
PEDIACLEAR PD 103
PEDIARIX (PF) 44
PEDIAVENT 103
PEDVAX HIB (PF) 44
peg 3350-electrolytes 32
peg-electrolyte soln 32
PEGASYS 45
PEMAZYRE 74
PEN NEEDLE, DIABETIC 52
PENBRAYA (PF) 45
penicillamine 87
penicillin g pot in dextrose 60
penicillin g potassium 60
penicillin g sodium 60
penicillin v potassium 60
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 45
PENTACEL (PF) 45
pentamidine 78
pentoxifylline 23
perampanel 63
PERIKABIVEN 87
perindopril erbumine 23
periogard 28
PERJETA 74
permethrin 30
perphenazine 80
phendimetrazine tartrate 105
phenelzine 66
phenobarbital 63
phentermine 105
phentermine-topiramate 105
phenytoin 63
phenytoin sodium 63
phenytoin sodium extended 63
philith 37
phospha 250 neutral 103
phospho-trin 250 neutral 103
phospho-trin k500 103
phytonadione (vitamin k1) 103
PIFELTRO 83
pilocarpine hcl 28, 48
pimecrolimus 30
pimozide 80
pimtrea (28) 38
pink bismuth 103

pioglitazone 92
pioglitazone-metformin 92
piperacillin-tazobactam 60
PIQRAY 74, 75
pirfenidone 94, 95
piroxicam 55
pitavastatin calcium 23
PLASMA-LYTE 148 PH 7.4 87
PLASMA-LYTE A 87
PLENAMINE 87
podofilox 30
polocaine 55
polocaine-mpf 55
POLY-VI-FLOR (ARCOFOLIN) 103
POLY-VI-FLOR W-IRON(ARCOFOLIN) 103
polycin 48
polyethylene glycol 3350 103
polymyxin b sulf-trimethoprim 48
polymyxin b sulfate 60
polyvinyl alcohol 103
pomalidomide 75
POMALYST 75
portia 28 38
posaconazole 68
potassium acetate 87
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 87
potassium chloride 87, 88
potassium chloride in 0.9%nacl 88
potassium chloride in 5 % dex 88
potassium chloride in lr-d5 88
potassium chloride in water 88
potassium chloride-0.45 % nacl 88
potassium chloride-d5-0.2%nacl 88
potassium chloride-d5-0.9%nacl 88
potassium citrate 88
POTELIGEO 75
povidone-iodine 103
pr natal 400 88
pr natal 400 ec 88
pr natal 430 88
pr natal 430 ec 88
pramipexole 18
prasugrel hcl 90
pravastatin 23
praziquantel 78
prazosin 23
prednisolone 40
prednisolone acetate 48
prednisolone sodium phosphate 40, 48
prednisone 40
prednisone intensol 40
pregabalin 27, 28
PREMARIN 38
PREMASOL 10 % 88
PRENATA 88
PRENATABS FA 88
prenatal plus (calcium carb) 88
prenatal plus vitamin-mineral 88
PRENATE ELITE 88
PRETOMANID 68
prevacid 24hr 103
prevalite 23
PREVYMIS 83
PREZCOBIX 83
PREZCOBIX PED 83
PREZISTA 84
PRIFTIN 68
primaquine 78
primidone 63
PRIMSOL 60
PRIORIX (PF) 45
PRO COMFORT ALCOHOL PADS 52
PRO-COMFORT ALCOHOL PADS 52
probenecid 17
probenecid-colchicine 17
prochlorperazine 67
prochlorperazine edisylate 67
prochlorperazine maleate 67
procto-med hc 30
proctosol hc 30

proctozone-b 104
proctozone-hc 30
progesterone 38
progesterone micronized 38
PROGRAF 45
PROLIA 25
promethazine 67
propafenone 23
propranolol 23
propylthiouracil 42
PROQUAD (PF) 45
PROSOL 20 % 88
protriptyline 66
PULMOZYME 95
PURE COMFORT ALCOHOL PADS 52
PYLERA 32
pyrazinamide 69
pyridostigmine bromide 17
pyridoxine (vitamin b6) 104
pyrimethamine 78

Q

QINLOCK 75
QUADRACEL (PF) 45
quetiapine 80, 81
QUFLORA FE 104
QUFLORA FE (FERROUS SULFATE) 104
QUFLORA PEDIATRIC 104
QUFLORA PEDIATRIC DROPS 104
quinapril 23
quinapril-hydrochlorothiazide 23
quinidine sulfate 23
quinine sulfate 78
QULIPTA 18

R

RABAVERT (PF) 45
rabeprazole 32
RADICAVA 28
RADICAVA ORS 28
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP 28
RALDESY 66
raloxifene 38
ramelteon 49
ramipril 23
ranolazine 23
rasagiline 19
RASONQUE 75
ready-to-use enema 104
reclipsen (28) 38
RECOMBIVAX HB (PF) 45
REFRESH CELLUVISC 104
REFRESH LACRI-LUBE 104
REFRESH LIQUIGEL 104
REFRESH OPTIVE MEGA-3 (PF) 104
REFRESH PLUS 104
REFRESH TEARS 104
RELENZA DISKHALER 84
renal caps 104
reno caps 104
repaglinide 92
REPATHA PUSHTRONEX 23
REPATHA SURECLICK 23
REPATHA SYRINGE 23
RETACRIT 90
RETEVMO 75
RETROVIR 84
REVCOVI 96
REVUFORJ 75
REXTOVY 26
REXULTI 81
REYATAZ 84
REZDIFFRA 52
REZLIDHIA 75
RHOPRESSA 48
RIABNI 75
ribavirin 84
rifabutin 69
rifampin 69
rifapentine 69
rilpivirine hcl 84
riluzole 28

rimantadine 84
ringer's 88
RINVOQ 45
RINVOQ LQ 45
riociguat 95
risedronate 25
RISPERDAL CONSTA 81
risperidone 81
risperidone microspheres 81
ritonavir 84
rivaroxaban 90
rivastigmine 17
rivastigmine tartrate 17
rizatriptan 18
ROCKLATAN 48
roflumilast 95
ROMVIMZA 75
ropinirole 19
ropivacaine (pf) 55
rosuvastatin 23
ROTARIX 45
ROTATEQ VACCINE 45
roweepra 63
ROZLYTREK 75
RUBRACA 75
rufinamide 63
RUKOBIA 84
RUXIENCE 75
RYBELSUS 92
RYBREVANT 75
RYBREVANT FASPRO 75
RYDAPT 75

S

sacubitril-valsartan 23, 24
SANTYL 30
sapropterin 96
SARCLISA 75
SARCLISA ESCENA 75
SAXENDA 105
SCEMBLIX 75
scopolamine base 67
se-natal 19 chewable 88
SECUADO 81
selegiline hcl 19
selenium sulfide 30
SELZENTRY 84
sertraline 66
setlakin 38
sevelamer carbonate 88
sevelamer hcl 88
sharobel 38
SHINGRIX (PF) 45
SIGNIFOR 41
SIGNIFOR LAR 41
sildenafil (pulm.hypertension) 95
silodosin 32
silver sulfadiazine 30
SIMBRINZA 48
simliya (28) 38
simpesse 38
simvastatin 24
sirolimus 45
SIRTURO 69
sitagliptin phos-metformin 92
sitagliptin phosphate 92
SKYRIZI 45
SLOW-MAG 104
SMOFLIPID 88
smooth antacid 104
sodium bicarbonate 89, 104
sodium chloride 52, 89
sodium chloride 0.45 % 89
sodium chloride 0.9 % 89
sodium chloride 3 % hypertonic 89
sodium chloride 5 % hypertonic 89
sodium oxybate 49
sodium phenylbutyrate 96
sodium phosphate 89
sodium polystyrene sulfonate 89
sodium,potassium,mag sulfates 32

sofosbuvir-velpatasvir 84
solifenacin 32
SOLIQUA 100/33 92
SOLTAMOX 75
SOLU-MEDROL 40
SOLU-MEDROL (PF) 40
soluvita multivitamin fluoride 104
SOMAVERT 41, 42
sorafenib 75
sorbitol-mannitol 52
sotalol 24
sotalol af 24
SPIRIVA RESPIMAT 95
SPIRIVA WITH HANDIHALER 95
spironolacton-hydrochlorothiaz 24
spironolactone 24
sprintec (28) 38
SPRITAM 63
SPS (WITH SORBITOL) 89
sronyx 38
SSD 30
STIOLTO RESPIMAT 95
STIVARGA 75
stomach relief 104
stool softener 104
stool softener (docusate cal) 104
STRENSIQ 96
streptomycin 60
STRIBILD 84
STRIVERDI RESPIMAT 95
STROVITE FORTE 104
STROVITE ONE 104
SUBVENITE 63
subvenite starter (blue) kit 63
subvenite starter (green) kit 63
subvenite starter (orange) kit 64
sucralfate 32
SUFLAVE 32
sulfacetamide sodium 48, 60
sulfacetamide sodium (acne) 60
sulfacetamide-prednisolone 48
sulfadiazine 60
sulfamethoxazole-trimethoprim 61
sulfasalazine 26
sulindac 55
sumatriptan 18
sumatriptan succinate 18
sunitinib malate 75
SUNLENCA 84
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS 52
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS 52
SUTAB 32
syeda 38
SYMBICORT 95
SYMPAZAN 64
SYMTUZA 84
SYNTHROID 41
SYSTANE GEL 104

T

TABLOID 75
TABRECTA 75
tacrolimus 30, 45
tadalafil 33
tadalafil (pulm. hypertension) 95
TAFINLAR 76
TAGRISSO 76
TALICIA 32
TALZENNA 76
tamoxifen 76
tamsulosin 33
tarina 24 fe 38
tarina fe 1-20 eq (28) 38
tarina fe 1/20 (28) 38
TARPEYO 26
tazarotene 30
TAZVERIK 76
TDVAX 45
TECENTRIQ 76
TECENTRIQ HYBREZA 76
TEFLARO 61

telmisartan 24
telmisartan-amlodipine 24
telmisartan-hydrochlorothiazid 24
temazepam 49
TENIVAC (PF) 45
tenofovir disoproxil fumarate 84
tension headache 104
TEPMETKO 76
terazosin 24
terbinafine hcl 68
terconazole 68
teriflunomide 28
teriparatide 25
testosterone 38
testosterone cypionate 38
testosterone enanthate 38
tetrabenazine 28
tetracycline 61
TEVIMBRA 76
THALOMID 76
theophylline 95
thiamine hcl (vitamin b1) 104
thioridazine 81
thiothixene 81
tiadylt er 24
tiagabine 64
TIBSOVO 76
ticagrelor 90
TICOVAC 45
tigecycline 61
tilia fe 38
timolol 48
timolol maleate 24, 48
timolol maleate (pf) 48
tinidazole 61
tioconazole-1 104
TIVICAY 84
TIVICAY PD 84
tizanidine 17
TOBI PODHALER 95
tobramycin 48
tobramycin in 0.225 % nacl 61
tobramycin sulfate 61
tobramycin-dexamethasone 48
tolnaftate 104
tolterodine 33
tolvaptan (polycys kidney dis) 89
topiramate 64
toremifene 76
torpenz 76
torsemide 24
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 92
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 92
TPN ELECTROLYTES 89
TRADJENTA 92
tramadol 55
trandolapril 24
trandolapril-verapamil 24
tranexamic acid 90
tranylcypromine 66
TRAVASOL 10 % 89
travoprost 48
TRAZIMERA 76
trazodone 66
TRELEGY ELLIPTA 95
TRELSTAR 42
TREMFYA 45, 46
TREMFYA ONE-PRESS 46
TREMFYA PEN 46
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) 46
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 92
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 92
TRESIBA U-100 INSULIN 93
tretinoin 30
tretinoin (antineoplastic) 76
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-vite with fluoride 104
tri-vylibra 38
tri-vylibra lo 39
triamcinolone acetonide 28, 40
triamterene 24
triamterene-hydrochlorothiazid 24
trientine 89
trifluoperazine 81
trifluridine 48
trihexyphenidyl 19
TRIKAFTA 95
trimethoprim 61
trimipramine 66
trinatal rx 1 89
TRINTELLIX 66
triphrocaps 104
triple antibiotic 105
triprolidine hcl 105
TRIUMEQ 84
TRIUMEQ PD 84
trivora (28) 39
TROGARZO 84
TROPHAMINE 10 % 89
trospium 33
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS 52
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS 52
TRULICITY 93
TRUMENBA 46
TRUQAP 76
TRYPTYR 48
TUKYSA 76
tulana 39
TURALIO 76
turqoz (28) 39
TWINRIX (PF) 46
TWIRLA 39
TYBOST 84
TYENNE 46
TYENNE AUTOINJECTOR 46
TYMLOS 25
TYPHIM VI 46

U

UBRELVY 18
UDENYCA 90
UDENYCA AUTOINJECTOR 90
UDENYCA ONBODY 90
ULTILET ALCOHOL SWAB 52
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 52
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 52, 53
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 53
ULTRA-FINE SAFETY INSULIN SYRN 53
UNITHROID 41
UNITUXIN 76
UNLOXCYT 76
UPTRAVI 95
ursodiol 32

V

valacyclovir 84
VALCHLOR 76
valganciclovir 84
valproate sodium 64
valproic acid 64
valproic acid (as sodium salt) 64
valrubicin 76
valsartan 24
valsartan-hydrochlorothiazide 24
VALTOCO 64
valtya 39
vancomycin 61
vancomycin in 0.9 % sodium chl 61
vancomycin in dextrose 5 % 61
vancomycin-diluent combo no.1 61
VANFLYTA 76
VAQTA (PF) 46
varenicline tartrate 26
VARIVAX (PF) 46

VAXCHORA VACCINE 46
VECTIBIX 76
velivet triphasic regimen (28) 39
VELSIPITY 46
VEMLIDY 84
VENCLEXTA 76
VENCLEXTA STARTING PACK 76
venlafaxine 66
VENTOLIN HFA 95
VEPPANU 76, 77
verapamil 24
VERQUVO 24
VERSACLOZ 81
VERZENIO 77
vestura (28) 39
vienva 39
vigabatrin 64
vigadrone 64
VIGAFYDE 64
vigpoder 64
vilazodone 66
VIMKUNYA (PF) 46
viorele (28) 39
VIRACEPT 84
VIREAD 84
vit 3 105
VITAL-D RX 105
vitamin d2 105
vitamin k 105
vitamin k1 105
VITRAKVI 77
VIVITROL 26
VIVOTIF 46
VIZIMPRO 77
VOCABRIA 84
volnea (28) 39
VONJO 77
VORANIGO 77
voriconazole 68
voriconazole-hpbcd 68
VOSEVI 84
VOWST 32
VRAYLAR 81
vyfemla (28) 39
vylibra 39
VYLOY 77
VYZULTA 48

W

warfarin 90
WEBCOL 53
WEGOVY 53, 105
WEGOVY HD 105
WELIREG 96
WELTRUZA 81
wera (28) 39
wes-phos 250 neutral 105
wescaps 105
wesnatal dha complete 89
wesnate dha 89
westab max 105
westab plus 89
WINREVAIR 95
wixela inhub 95
women's gentle laxative(bisac) 105
wymzya fe 39

X

XALKORI 77
xarah fe 39
XARELTO 90
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 90
XATMEP 46
XCOPRI 64
XCOPRI MAINTENANCE PACK 64
XCOPRI TITRATION PACK 64
XDEMVY 53
xelria fe 39
XENICAL 105
XERMELO 32
XIFAXAN 32
XOLAIR 46

XOSPATA 77
XPOVIO 77
XTANDI 77
xulane 39
Y
YERVOY 77
YESINTEK 46
YF-VAX (PF) 46
YONDELIS 77
your choice 105
yulithira 77
Z
zaditor 105
zafemy 39
zafirlukast 95
zaleplon 49
zarah 39
ZARXIO 90
ZEGFROVY 77
ZEJULA 77
ZELBORAF 77
ZEMAIRA 96
zenatane 30
ZENBEXUS 77
ZENPEP 96
ZEPBOUND 106
ZEPBOUND KWIKPEN 106
zidovudine 84, 85
ziprasidone hcl 81
ziprasidone mesylate 81
ZIRABEV 77
ZIRGAN 85
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 25
zoledronic acid 25
zoledronic acid-mannitol-water 25
ZOLINZA 77
zolpidem 49
ZONISADE 64
zonisamide 64
ZORYVE 30
zovia 1-35 (28) 39
ZTALMY 64
ZUBSOLV 26
zumandimine (28) 39
ZURNAI 26
ZURZUVAE 66
ZYDELIG 77
ZYKADIA 78
ZYMFENTRA 46
ZYNYZ 78
ZYPREXA 81
ZYPREXA RELPREVV 81

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)**.

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

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسِّيق البديل مجاناً. 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)** հեռախոսահամարով:

Bǎsóɔ̀ [Bassa]: Wudu-xwíníín-mú-zà-zà kǔà, hwòdǒ-fónɔ́-nyɔ,, kè nyɔ-ɓɔ̌-po-kà ɓě ɓé wa nyuɛsé wídí péɛ̀-péɛ̀dò kɔ.̌ Ɗá **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]: Gen sèvis lengwistik gratis, èd oksilyè, ak lòt fòma sèvis ki disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711).**

Hrvatski [Croatian]: Dostupne su besplatne jezične usluge, usluge dodatne pomoći i 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 d’assistance linguistique, d’aide auxiliaire et de format alternatif sont disponibles. Appelez le **877-320-1235 (ATS : 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] : મફત 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)**

हिंदी [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)**.

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

MIHN7ABEN_0926

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiamare 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。

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]: ມີບໍລິການພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້. ໂທ 877-320-1235 (TTY: 711).

Diné [Navajo]: Saad bee áná'álwo', bee haz'áanii, dóó naaltsoos t'áá ajiłii'ígíí bee ak'e'elyaaígíí t'áá jiik'eh hóló. **877-320-1235 (TTY: 711)** bich'į' hodíílnih.

नेपाली [Nepali]: नि:शुल्क भाषा सेवा, सहायक सामग्री र वैकल्पिक ढाँचाका सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।

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

Português [Brazilian 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]: மொழி,, உதவிப் பொருட்கள் மற்றும் மாற்று வடிவமைப்புச் சேவைகள் இலவசமாகக் கிடைக்கின்றன. **877-320-1235 (TTY: 711)** எண்ணை 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 miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hỗ trợ phụ trợ và định dạng thay thế. Hãy gọi **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

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

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 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana o visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

H0963-001

Humana®

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**. Este formulario se actualizó el 11/02/2026.