2025

Lista de medicamentos cubiertos (formulario)

Humana Gold
Plus Integrated
(Plan Medicare-Medicaid)

LEER CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS PARA ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 12/01/2025. PARA OBTENER INFORMACIÓN MÁS RECIENTE O SI TIENE OTRAS PREGUNTAS, LLÁMENOS AL 1-800-787-3311 (TTY: 711), DE LUNES A VIERNES DE 8 A.M. A 8 P.M., HORA DEL CENTRO O VISITE ES-WWW.HUMANA.COM.

Humana®

H0336_PDGSP25_FINAL_142Cv1_Accepted

H0336_ILHHZPZES_SPC_v17

Humana Gold Plus Integrated H0336-001 (Plan Medicare-Medicaid) | Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o lista de medicamentos) para 2025

Introducción:

Este documento se llama *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como Lista de medicamentos). Le indica qué medicamentos recetados y medicamentos y artículos de venta sin receta están cubiertos por Humana Gold Plus Integrated. La Lista de medicamentos también le indica si existen reglas o restricciones especiales para algún medicamento cubierto por Humana Gold Plus Integrated. 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 5

B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la Lista de medicamentos cubiertos? (A la Lista de medicamentos cubiertos la llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar) 5

B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez? 5

B3. ¿Qué sucede cuando se produce un cambio en la Lista de medicamentos? 6

B4. ¿Existe alguna restricción o límite en la cobertura de medicamentos o alguna medida necesaria 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 el plan Humana Gold Plus Integrated cambia sus reglas con respecto a algunos medicamentos (por ejemplo, PA o aprobación, límites de cantidad y/o restricciones de terapia por fases)? 7

B7. ¿Cómo puedo buscar un medicamento en la Lista de medicamentos? 8

B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero utilizar no está en la Lista de medicamentos? 8

B9. ¿Qué sucede si soy un afiliado nuevo de Humana Gold Plus Integrated y no encuentro mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo un problema para obtenerlo? 8

B10. ¿ Puedo solicitar una excepción para que se cubra su 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 Gold Plus Integrated cubre productos de venta sin receta que no son medicamentos? 13

B17. ¿Cuál es mi copago? 13

B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos? 13

C. Descripción general de la lista de medicamentos cubiertos 14

C1. Medicamentos agrupados de medicamentos por afección médica 14

D. Índice de medicamentos cubiertos 116

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas,** llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

Este formulario fue actualizado el 12/01/2025.

A. Descargos de responsabilidad

Esta es una lista de los medicamentos que los afiliados pueden obtener en Humana Gold Plus Integrated.

- Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid de Illinois para proveer los beneficios de ambos programas a miembros.
- La Lista de medicamentos cubiertos y/o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos una notificación antes de realizar un cambio que le afecte.
- Atención: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.
- Attention: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-787-3311 (TTY: 711), Monday - Friday from 8 a.m. - 8 p.m. Central Time. The call is free.
- Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letra grande, Braille o audio. Llame al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

Puede hacer un pedido permanente para recibir los materiales, ahora y en el futuro, en otro idioma que no sea inglés o en un formato alternativo.

- Si quiere solicitar o cambiar un pedido permanente, llame a Atención al cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponbiles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.
- Mantendremos su idioma preferido además del inglés y/o formato alternativo para futuros envíos y comunicaciones.
- No necesitará hacer una solicitud por separado cada vez.

B. Preguntas frecuentes

Encuentre aquí las respuestas a las preguntas que tiene sobre esta Lista de medicamentos cubiertos. Puede leer todas las preguntas frecuentes para informarse más, o buscar una pregunta y respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la Lista de medicamentos cubiertos? (A la Lista de medicamentos cubiertos la llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar).

Los medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos que comienza en C1, son los medicamentos cubiertos por Humana Gold Plus Integrated. Estos 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 Gold Plus Integrated cubrirá todos los medicamentos necesarios por razones médicas de la Lista de medicamentos si:
  - su médico u otro profesional que expide la receta dicen que usted los necesita para ponerse mejor o mantenerse sano, ***y***
  - usted surte el medicamento recetado en una farmacia de la red de Humana Gold Plus Integrated.
- Es posible que Humana Gold Plus Integrated tenga pasos adicionales para el acceso a determinados medicamentos (consulte la pregunta B4 a continuación).

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated** o puede llamar a Atención al cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?

Sí, y Humana Gold Plus Integrated debe seguir las normas de Medicare y Medicaid al hacer cambios. Podemos añadir o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año. Por ejemplo, podríamos:

- Determinar si exigir o no exigir autorización previa (AP) o aprobación para un medicamento. (Aprobación previa es el permiso de Humana Gold Plus Integrated antes de que usted 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 medicamento).

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

Si utiliza un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, por lo general no eliminaremos ni modificaremos la cobertura de dicho medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- aparezca un medicamento nuevo más económico con la misma eficacia que un medicamento que ahora se encuentra en la Lista de medicamentos, **o**
- se descubre que un medicamento no es seguro, **o**
- un medicamento sea retirado del mercado.

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

- Siempre puede consultar la Lista de medicamentos actualizada de Humana Gold Plus Integrated en línea en **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**. Las actualizaciones de la lista de medicamentos se publican mensualmente en el sitio web.

- También puede llamar a Atención al cliente para ver la Lista de medicamentos actual al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

B3. ¿Qué sucede cuando se produce un cambio en la Lista de medicamentos?

Algunos cambios en la Lista de medicamentos se producirán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Sustituciones de ciertas nuevas versiones de medicamentos.** Es posible que eliminemos inmediatamente los medicamentos de la lista de medicamentos si los reemplazamos con ciertas versiones nuevas de ese medicamento, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo el mismo [inserte si corresponde, por ejemplo, si la lista de medicamentos del plan tiene costos compartidos diferenciales para algunos genéricos: o será menor]. 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.
  - Podemos hacer estos cambios solo si el medicamento que estamos agregando:
    - Es una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o
    - Es una nueva versión biosimilar de productos biológicos originales en la Lista de Medicamentos (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido 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 solicitar una excepción. Consulte la pregunta B10 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) dice que un medicamento que usted toma no es seguro, o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo quitaremos de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, se lo haremos saber.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que toma. Le informaremos con anticipación sobre estos otros cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas directrices o existen nuevas directrices clínicas sobre un medicamento.
- Añadimos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado y
  - Reemplazamos un medicamento de marca que actualmente está en la Lista de medicamentos **o**
  - Cambian las reglas o 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 Lista de medicamentos, **o**
- Le informaremos y le proporcionaremos un suministro de 30 días del medicamento una vez que usted solicite una repetición de la receta.

Así tendrá tiempo de hablar con su médico **u** otro profesional que expide la receta. Ellos podrán ayudarle a determinar:

- Si existe un medicamento similar en la Lista 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 la pregunta B10.

B4. ¿Existe alguna restricción o algún límite en la cobertura de medicamentos? ¿O existe alguna medida que se deba tomar para obtener determinados medicamentos?

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

- **Autorización previa (PA) o aprobación:** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional que expide la receta deben obtener PA de Humana Gold Plus Integrated antes de surtir el medicamento recetado. Si no obtiene una aprobación, es posible que Humana Gold Plus Integrated no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** a veces, Humana Gold Plus Integrated limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
- **Terapia por fases:** a veces, Humana Gold Plus Integrated requiere que usted haga 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 su médico considera que el primer medicamento no le resulta eficaz, entonces cubriremos el segundo.
- **Cobertura basada en indicaciones**: si Humana Gold Plus Integrated cubre un medicamento únicamente para algunas afecciones médicas, lo identificaremos claramente en la Lista de medicamentos junto con las afecciones médicas específicas que están cubiertas.

Puede averiguar si su medicamento tiene límites o requisitos adicionales al consultar en los cuadros que aparecen a partir de la página 15. También puede obtener más información si visita nuestro sitio web en **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**. 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 expide la receta. Ellos podrán ayudarle a determinar si existe un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda utilizar en lugar del otro o si puede solicitar una excepción. Lista de medicamentos que puede utilizar en su lugar o si solicita 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?

El cuadro de la página 14 tiene una columna denominada "Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso".

B6. ¿Qué sucede si Humana Gold Plus Integrated cambia sus reglas sobre cómo cubrimos algunos medicamentos (por ejemplo, PA o aprobación, límites de cantidad y/o restricciones de terapia por fases?

En algunos casos, le informaremos con anticipación si añadimos o cambiamos requisitos de AP, límites de cantidad y/o restricciones de terapia por fases para 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 Lista de medicamentos.

B7. ¿Cómo puedo buscar un medicamento en la Lista de medicamentos?

Hay dos formas de buscar un medicamento:
- Puede buscar por orden alfabético según el nombre del medicamento, ***o***
- Puede buscar por afección médica.

Para buscar **por orden alfabético**, vaya a la sección Listado alfabético. Puede encontrarla a partir de la página 116.

Para buscar **por afección médica**, busque la sección denominada "Medicamentos agrupados por afección médica" en la página 147. Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías conforme al tipo de afecciones médicas para las cuales se utilizan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría de afecciones relacionadas con el corazón. Allí es donde encontrará los medicamentos que tratan las afecciones del corazón.

B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero utilizar no está en la Lista de medicamentos?

Si no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos, llame a Atención al cliente al 1-800-787-3111 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro y pregunte al respecto. La llamada es gratuita. Si le dicen que Humana Gold Plus Integrated no cubrirá el medicamento, tiene estas opciones:
- Pida a Atención al cliente una lista de medicamentos similares al que usted quiere utilizar. Luego muéstrele la lista a su médico u otro profesional que expide la receta. Ellos pueden recetarle otro medicamento de la Lista de medicamentos que sea parecido al que usted quiere tomar. ***O bien***
- Puede solicitarle al plan de salud que haga una excepción para la cobertura de su medicamento. Consulte la pregunta B11 para obtener más información sobre las excepciones.

B9. ¿Qué sucede si soy un afiliado nuevo de Humana Gold Plus Integrated y no encuentro mi medicamento en la Lista 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 es afiliado de Humana Gold Plus Integrated. Así tendrá tiempo de hablar con su médico u otro profesional que expide la receta. Ellos podrán ayudarle a determinar si existe un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda utilizar en lugar del otro o si puede solicitar una excepción.

Si su receta es para menos días, permitiremos que se surta la receta varias veces con el fin de 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 Lista de medicamentos, ***o***
- las normas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad indicada por el profesional que expide la receta, ***o***
- el medicamento requiere PA de Humana Gold Plus Integrated, ***o***
- usted utiliza un medicamento que es parte de una restricción de terapia por fases.

Si vive en un hogar de ancianos u otro centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, o si no puede obtener con facilidad el medicamento que necesita, podemos brindarle ayuda. Si 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 para 31 días del medicamento varias vecesque necesita (a menos que usted tenga una receta para menos días), independientemente de que sea un afiliado nuevo de Humana Gold Plus Integrated o no.

- Esto se agrega al suministro temporal durante los primeros 90 días en que sea afiliado de Humana Gold Plus Integrated.

Si cambia el entorno de su tratamiento

Durante el año del plan, puede cambiar el entorno 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 entorno hogareño
- Pasar de un entorno 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 cubría 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 cubre la Parte D de Medicare cuando obtiene el medicamento en una farmacia.

Si cambia el entorno de su tratamiento <u>más de una vez en el mismo mes</u>, 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

Para 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***
- Perjudicaría su salud

En la mayoría de los casos, debemos comunicarle nuestra decisión no más de **72 horas** después de recibir 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 **está** en nuestra lista, pero:
  - Debemos aprobar su medicamento por adelantado
  - 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 **60 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

Simplemente llame al número de servicio al cliente que está al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana. O visite nuestro sitio web, **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.**

Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés)

Este comité supervisa nuestra lista de medicamentos de la Parte D y las normas relacionadas. Formuló estas normas para ciertos medicamentos de la Parte D. Las normas 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 Gold Plus Integrated que haga una excepción y cubra un medicamento que no está en la Lista de medicamentos.

También puede pedirnos que cambiemos las normas que se aplican a su medicamento.

- Por ejemplo, Humana Gold Plus Integrated 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 aprobación previa.

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame a Revisión de farmacia clínica de Humana (HCPR, por sus siglas en inglés) al 1-800-555-CLIN (2546) (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. Revisión de farmacia clínica de Humana trabajará con usted y su proveedor para ayudarle a solicitar una excepción. También puede leer el Capítulo 9 del *Manual para los afiliados* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Después de que recibamos una declaración del profesional que expide la receta que avale su pedido de excepción, le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

Para 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 salu

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 recibir 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

Simplemente llame al número de servicio al cliente que está al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana. O visite nuestro sitio web, **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los *medicamentos genéricos* están hechos con los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente cuestan menos que los medicamentos de marca y suelen no tener nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Humana Gold Plus Integrated cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

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

Cuando nos referimos a medicamentos, esto puede significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas que se llaman biosimilares. Por lo general, 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 ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por los medicamentos de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 5 del *Manual para afiliados*.

B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?

OTC son las siglas en inglés que corresponden a "de venta sin receta". Humana Gold Plus Integrated cubre algunos medicamentos de venta sin receta cuando son indicados como medicamentos recetados por su proveedor.

Puede leer la Lista de medicamentos de Humana Gold Plus Integrated para averiguar qué medicamentos de venta sin receta están cubiertos.

B16. ¿Humana Gold Plus Integrated cubre productos de venta sin receta que no son medicamentos?

Humana Gold Plus Integrated cubre algunos productos de venta sin receta que no son medicamentos cuando estos son indicados como medicamentos recetados por su proveedor.

Puede leer la Lista de medicamentos de Humana Gold Plus Integrated para ver qué productos de venta sin receta que no son medicamentos están cubiertos.

B17. ¿Cuál es mi copago?

Como afiliado de Humana Gold Plus Integrated, no tiene ningún copago por medicamentos recetados o de venta sin receta siempre y cuando siga las normas de Humana Gold Plus Integrated.

B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

Los niveles son grupos de medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos.

- Los medicamentos de Nivel 1 son medicamentos genéricos
- Los medicamentos de Nivel 2 son medicamentos de marca
- Los medicamentos de Nivel 3 son medicamentos recetados que no pertenecen a Medicare
- Los medicamentos de Nivel 4 son medicamentos de venta sin receta que no pertenecen a Medicare

C. Descripción general de la lista de medicamentos cubiertos

La siguiente *lista de medicamentos* cubiertos le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por Humana Gold Plus Integrated. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice de medicamentos recetados que comienza en la página 116. El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por Humana Gold Plus Integrated.

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se indican en letra mayúscula (por ejemplo, ABILIFY) y los medicamentos genéricos se indican en letra minúscula cursiva (por ejemplo, acarbosa).

La información en la columna Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso indica si Humana Gold Plus Integrated tiene alguna norma para cubrir el medicamento.

Tenga en cuenta: el asterisco (*) al lado de un medicamento significa que no es un "medicamento de la Parte D". La cantidad que usted paga cuando surte una receta de este medicamento no se contabiliza en sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a calificar para la cobertura catastrófica).

- Además, si está recibiendo Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, no recibirá ayuda adicional para pagar estos medicamentos. Para obtener más información sobre la Ayuda adicional, consulte el cuadro a continuación.

Ayuda adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda adicional también se llama "Subsidio por bajos ingresos" o "LIS".

- Estos medicamentos también tienen normas diferentes en cuanto a apelaciones. Una apelación es la manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión de cobertura y la cambiemos si usted considera que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted quiere no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Medicaid.
- Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. Para solicitar las instrucciones necesarias para presentar una apelación, llame a Servicios para afiliados al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. También puede leer el Capítulo 9 del *Manual para los afiliados* para saber cómo apelar una decisión.

C1. Medicamentos agrupados por afección médica

Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías conforme al tipo de afecciones médicas para las cuales se utilizan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría de afecciones relacionadas con el corazón. Allí es donde encontrará los medicamentos que tratan las afecciones del corazón.

Estos son los significados de los códigos utilizados en la columna "Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso":

QL = Límites de cantidad: solo se permite una cantidad específica de un medicamento por un período determinado de días.
PA = Autorización previa (aprobación): usted debe tener la aprobación del plan antes de poder obtener este medicamento.
ST = Terapia por fases: usted debe probar otro medicamento antes de poder obtener este.
DL = Límite de despacho: medicamentos que pueden tener un límite de 30 días de suministro.
BvsD = 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.
MO = Medicamentos que por lo general están disponibles a través del servicio de pedido por correo.
LA = Acceso limitado; El plan de salud ha autorizado a ciertas farmacias a dispensar este medicamento, ya que requiere un manejo adicional, coordinación médica o educación del paciente. Llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para obtener información adicional.

AGENTES ÓTICOS - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades que involucran los oídos

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fluocinolone acetonide oil 0.01 % DROPS **MO**	$0 (Nivel 1)	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % DROPS **MO**	$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% DROPS, SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
ofloxacin 0.3 % DROPS **MO**	$0 (Nivel 1)	

AGENTES ANTIDEMENCIA - Medicamentos utilizados para tratar la pérdida de memoria

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	$0 (Nivel 1)	
donepezil 23 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
galantamine 12 mg, 4 mg, 8 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
galantamine 16 mg, 24 mg, 8 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(200 cada 30 días)
memantine 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	PA
memantine 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
memantine 2 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	PA
memantine 5-10 mg TABLET, DOSE PACK **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(98 cada 30 días)
NAMZARIC 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(28 cada 28 días)
rivastigmine tartrate 1.5 mg, 3 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 4.5 mg, 6 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)

AGENTES ANTIESPASTICIDAD

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
baclofen 10 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
baclofen 20 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
baclofen 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
dantrolene 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
tizanidine 2 mg, 4 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

AGENTES ANTIGOTA

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
allopurinol 100 mg, 300 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
colchicine 0.6 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
febuxostat 40 mg, 80 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	ST,QL(30 cada 30 días)
probenecid 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
probenecid-colchicine 500-0.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

AGENTES ANTIMIASTÉNICOS - Medicamentos utilizados para fortalecer los músculos

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
pyridostigmine bromide 30 mg, 60 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
VYVGART 20 MG/ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
VYVGART HYTRULO 1,000 MG-10,000 UNIT/5 ML SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 28 días)
VYVGART HYTRULO 1,008 MG-11,200 UNIT/5.6 ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(22.4 cada 28 días)

AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS - Medicamentos utilizados para tratar los dolores de cabeza

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dihydroergotamine 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml) SPRAY, NON-AEROSOL **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(8 cada 30 días)
EMGALITY PEN 120 MG/ML PEN INJECTOR **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 120 MG/ML SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 30 días)
ergotamine-caffeine 1-100 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(40 cada 30 días)
naratriptan 1 mg, 2.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(9 cada 30 días)
QULIPTA 10 MG, 30 MG, 60 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan 20 mg/actuation, 5 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml CARTRIDGE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml PEN INJECTOR **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(6 cada 30 días)
UBRELVY 100 MG, 50 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(16 cada 30 días)

AGENTES ANTIPARKINSON

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
amantadine hcl 100 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
amantadine hcl 50 mg/5 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
benztropine 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
benztropine 1 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
bromocriptine 2.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-250 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levodopa 25-100 mg, 50-200 mg TABLET ER **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
entacapone 200 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,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**	$0 (Nivel 1)	
rasagiline 0.5 mg, 1 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
ropinirole 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
selegiline hcl 5 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
selegiline hcl 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
trihexyphenidyl 0.4 mg/ml ELIXIR **MO**	$0 (Nivel 1)	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

AGENTES CARDIOVASCULARES - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades relacionadas con el corazón

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acebutolol 200 mg, 400 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
acetazolamide 125 mg, 250 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
acetazolamide 500 mg CAPSULE, ER **MO**	$0 (Nivel 1)	
aliskiren 150 mg, 300 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
amiloride 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
amiodarone 100 mg, 400 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
amiodarone 150 mg/3 ml SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
amiodarone 200 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
amiodarone 50 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
amlodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
amlodipine-valsartan 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
atenolol 100 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
atenolol 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
atenolol-chlorthalidone 100-25 mg, 50-25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
benazepril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
benazepril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
bisoprolol fumarate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
bisoprolol-hydrochlorothiazide 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
bumetanide 0.25 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
bumetanide 0.5 mg, 2 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
bumetanide 1 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
candesartan 16 mg, 4 mg, 8 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
candesartan 32 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
candesartan-hydrochlorothiazid 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
captopril-hydrochlorothiazide 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
cartia xt 300 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
chlorothiazide sodium 500 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
chlorthalidone 25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
chlorthalidone 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER **MO**	$0 (Nivel 1)	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER IN PACKET **MO**	$0 (Nivel 1)	
cholestyramine light 4 gram POWDER **MO**	$0 (Nivel 1)	
cholestyramine light 4 gram POWDER IN PACKET **MO**	$0 (Nivel 1)	
clonidine 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr PATCH, WEEKLY **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.1 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
clonidine hcl 0.2 mg, 0.3 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
colestipol 1 gram TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
colestipol 5 gram GRANULES **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(1000 cada 30 días)
colestipol 5 gram PACKET **MO**	$0 (Nivel 1)	
digitek 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
digoxin 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 100 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
diltiazem hcl 120 mg, 60 mg, 90 mg CAPSULE, ER 12 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	
diltiazem hcl 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
DIURIL 250 MG/5 ML SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 2)	
dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
doxazosin 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg, 5-12.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
ENTRESTO 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
ENTRESTO SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG PELLET **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(240 cada 30 días)
ezetimibe 10 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
felodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 160 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
fluvastatin 20 mg, 40 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	ST,QL(60 cada 30 días)
fluvastatin 80 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	ST,QL(30 cada 30 días)
fosinopril 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
fosinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
furosemide 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
furosemide 80 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
gemfibrozil 600 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
hydralazine 10 mg, 100 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
hydralazine 20 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
hydralazine 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
hydrochlorothiazide 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	
isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	
isosorbide-hydralazine 20-37.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
KERENDIA 40 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
labetalol 5 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
lisinopril 30 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
methyldopa 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
methyldopa-hydrochlorothiazide 250-15 mg, 250-25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
metoprolol succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	
metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
metyrosine 250 mg CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 1)	
midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
nebivolol 10 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
NEXLETOL 180 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
niacin 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
niacor 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
nimodipine 30 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
nimodipine 60 mg/20 ml SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	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**	$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	
olmesartan 20 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 40 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
olmesartan-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
omega-3 acid ethyl esters 1 gram CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
PACERONE 100 MG, 400 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
pacerone 200 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
pentoxifylline 400 mg TABLET ER **MO**	$0 (Nivel 1)	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
pravastatin 10 mg, 80 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
pravastatin 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
prevalite 4 gram POWDER **MO**	$0 (Nivel 1)	
prevalite 4 gram POWDER IN PACKET **MO**	$0 (Nivel 1)	
procainamide 100 mg/ml, 500 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
propafenone 150 mg, 225 mg, 300 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
propafenone 225 mg, 325 mg, 425 mg CAPSULE, ER 12 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	
propranolol 1 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
propranolol 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	
propranolol-hydrochlorothiazid 40-25 mg, 80-25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
ranolazine 1,000 mg, 500 mg TABLET, ER 12 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML WEARABLE INJECTOR **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML PEN INJECTOR **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
rosuvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
sacubitril-valsartan 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
simvastatin 5 mg, 80 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
spironolacton-hydrochlorothiaz 25-25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
spironolactone 100 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
spironolactone 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
taztia xt 300 mg, 360 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
telmisartan 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
tiadylt er 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
torsemide 10 mg, 100 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
torsemide 20 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
triamterene-hydrochlorothiazid 75-50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
valsartan 160 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
valsartan 320 mg, 40 mg, 80 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 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**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
verapamil 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	
verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg TABLET ER **MO**	$0 (Nivel 1)	
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
verapamil 2.5 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
VERQUVO 10 MG, 2.5 MG, 5 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	ST,QL(30 cada 30 días)

AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
alendronate 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
alendronate 35 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
cinacalcet 30 mg, 60 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet 90 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
doxercalciferol 4 mcg/2 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
FORTEO 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML) PEN INJECTOR **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ibandronate 150 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 28 días)
pamidronate 30 mg/10 ml (3 mg/ml) SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 21 días)
pamidronate 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml) SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(10 cada 21 días)
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
paricalcitol 2 mcg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(24 cada 30 días)
paricalcitol 5 mcg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(48 cada 28 días)
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 180 días)
risedronate 35 mg TABLET, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.56 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.7 cada 28 días)
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 4 mg/100 ml PIGGYBACK **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid 4 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
zoledronic acid 4 mg/5 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(15 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 4 mg/100 ml PIGGYBACK **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 5 mg/100 ml PIGGYBACK **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(100 cada 365 días)

AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
balsalazide 750 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
budesonide 3 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	
budesonide 9 mg TABLET, DR/ER **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA **MO**	$0 (Nivel 1)	
mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
mesalamine 1,000 mg SUPPOSITORY **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(1800 cada 30 días)
sulfasalazine 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	

AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acamprosate 333 mg TABLET, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	
buprenorphine hcl 2 mg, 8 mg SUBLINGUAL TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 12-3 mg FILM **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg FILM **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 8-2 mg SUBLINGUAL TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
KLOXXADO 8 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 30 días)
naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(2 cada 30 días)
naltrexone 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	$0 (Nivel 2)	
OPVEE 2.7 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 30 días)
REXTOVY 4 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 30 días)
varenicline tartrate 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(53 cada 28 días)
varenicline tartrate 0.5 mg, 1 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(56 cada 28 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON DL	$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)
ZUBSOLV 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET MO	$0 (Nivel 2)	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 11.4-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET MO	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET MO	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
ZURNAI 1.5 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR MO	$0 (Nivel 2)	

AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades cerebrales, espinales y nerviosas

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
atomoxetine 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg CAPSULE MO	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 100 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE MO	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR 12 MG, 6 MG TABLET, ER 24 HR. DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
AUSTEDO XR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG TABLET, ER 24 HR. DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET, ER 24 HR. DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 12-18-24-30 MG TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(42 cada 28 días)
BETASERON 0.3 MG KIT DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(15 cada 30 días)
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(12 cada 28 días)
dalfampridine 10 mg TABLET, ER 12 HR. MO	$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 10 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 15 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 2.5 mg, 20 mg, 7.5 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 30 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 5 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 15 mg, 5 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 20 mg, 25 mg, 30 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(14 cada 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG CAPSULE, DR SPRINKLE **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
fingolimod 0.5 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
FIRDAPSE 10 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(12 cada 28 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML PEN INJECTOR **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
methylphenidate hcl 10 mg TABLET ER **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
methylphenidate hcl 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate hcl 20 mg TABLET ER **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(900 cada 30 días)
pregabalin 200 mg, 25 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
RADICAVA ORS 105 MG/5 ML SUSPENSION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(70 cada 28 días)
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP 105 MG/5 ML SUSPENSION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(70 cada 28 días)
riluzole 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
teriflunomide 14 mg, 7 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
tetrabenazine 12.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
VUMERITY 231 MG CAPSULE, DR/EC **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)

AGENTES DENTALES Y ORALES – Medicamentos utilizados para tratar la enfermedades que involucran la boca y los dientes

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
chlorhexidine gluconate 0.12 % MOUTHWASH **MO**	$0 (Nivel 1)	
periogard 0.12 % MOUTHWASH **MO**	$0 (Nivel 1)	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide 0.1 % PASTE **MO**	$0 (Nivel 1)	

AGENTES DERMATOLÓGICOS – Medicamentos utilizados para tratar enfermedades de la piel

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
accutane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
acitretin 10 mg, 17.5 mg, 25 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	PA
adapalene 0.3 % GEL **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(45 cada 30 días)
adapalene 0.3 % GEL WITH PUMP **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(45 cada 30 días)
ammonium lactate 12 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	
ammonium lactate 12 % LOTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
amnesteem 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
betamethasone dipropionate 0.05 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % LOTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % OINTMENT **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % LOTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % OINTMENT **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
betamethasone, augmented 0.05 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % GEL **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % LOTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % OINTMENT **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(100 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
clindamycin phosphate 1 % GEL **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SWAB **MO**	$0 (Nivel 1)	
clindamycin-benzoyl peroxide 1-5 % GEL **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(50 cada 30 días)
clindamycin-benzoyl peroxide 1.2 %(1 % base) -5 % GEL **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(45 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % FOAM **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(100 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % GEL **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % LOTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % OINTMENT **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % SHAMPOO **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(100 cada 30 días)
clobetasol-emollient 0.05 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
ery pads 2 % SWAB **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
erythromycin with ethanol 2 % SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
fluocinolone 0.025 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.025 % OINTMENT **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone and shower cap 0.01 % OIL **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(118.28 cada 30 días)
fluorouracil 2 % SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
fluorouracil 5 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	
fluorouracil 5 % SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.005 % OINTMENT **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.05 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(28.4 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % OINTMENT **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
hydrocortisone 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
hydrocortisone 2.5 % LOTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(236 cada 30 días)
HYFTOR 0.2 % GEL **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
imiquimod 5 % CREAM IN PACKET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(12 cada 30 días)
isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
LOCOID LIPOCREAM 0.1 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
malathion 0.5 % LOTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
mometasone 0.1 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % OINTMENT **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
mupirocin 2 % OINTMENT **MO**	$0 (Nivel 1)	
permethrin 5 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	
pimecrolimus 1 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(100 cada 30 días)
podofilox 0.5 % SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(7 cada 30 días)
procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
proctosol hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
proctozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENT **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	
SSD 1 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	
tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(200 cada 30 días)
tazarotene 0.1 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
tretinoin 0.01 %, 0.025 %, 0.05 % GEL **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(45 cada 30 días)
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
ZORYVE 0.15 % CREAM **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)

AGENTES GASTROINTESTINALES - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades estomacales e intestinales

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
alosetron 0.5 mg, 1 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
constulose 10 gram/15 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
dicyclomine 10 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
dicyclomine 20 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
enulose 10 gram/15 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
famotidine 10 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
famotidine 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
FAMOTIDINE 4 MG/ML SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
famotidine (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
FAMOTIDINE (PF) 4 MG/ML SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
famotidine (pf)-nacl (iso-os) 20 mg/50 ml PIGGYBACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
gavilyte-c 240-22.72-6.72 -5.84 gram RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
gavilyte-g 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
gavilyte-n 420 gram RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
generlac 10 gram/15 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
glycopyrrolate 0.2 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
lactulose 10 gram/15 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
lansoprazole 15 mg, 30 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
loperamide 2 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
lubiprostone 24 mcg, 8 mcg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
misoprostol 100 mcg, 200 mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
MOVANTIK 12.5 MG, 25 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
nizatidine 150 mg, 300 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
omeprazole 10 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	
omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	
pantoprazole 20 mg, 40 mg TABLET, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
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**	$0 (Nivel 2)	
PANTOPRAZOLE IN 0.9% SOD CHLOR 40 MG/50 ML (0.8 MG/ML) PIGGYBACK **MO**	$0 (Nivel 2)	
peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
sodium,potassium,mag sulfates 17.5-3.13-1.6 gram RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
sucralfate 1 gram TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
sucralfate 100 mg/ml SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 1)	
SUFLAVE 178.7-7.3-0.5 GRAM RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	
SUTAB 1.479-0.188- 0.225 GRAM TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	
TALICIA 10-250-12.5 MG CAPSULE, IR/DR, BIPHASIC **MO**	$0 (Nivel 2)	
ursodiol 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
ursodiol 300 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
VOWST CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
XIFAXAN 200 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)

AGENTES GENITOURINARIOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades tales como problemas de vejiga o próstata

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
alfuzosin 10 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	
bethanechol chloride 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
darifenacin 15 mg, 7.5 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
dutasteride 0.5 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(90 cada 30 días)
fesoterodine 4 mg, 8 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
finasteride 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 8 MG/ML SUSPENSION, ER, RECON **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(300 cada 30 días)
oxybutynin chloride 10 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 15 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml SYRUP **MO**	$0 (Nivel 1)	
silodosin 4 mg, 8 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
solifenacin 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
tadalafil 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	PA
tamsulosin 0.4 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
tolterodine 1 mg, 2 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
tolterodine 2 mg, 4 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
trospium 20 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES) – Medicamentos utilizados para los desequilibrios de hormonas sexuales

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
abigale 1-0.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
abigale lo 0.5-0.1 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
afirmelle 0.1-20 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
altavera (28) 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
alyacen 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
amabelz 0.5-0.1 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
apri 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
aranelle (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
aubra 0.1-20 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
aubra eq 0.1-20 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
aurovela 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
aviane 0.1-20 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
ayuna 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
azurette (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
camila 0.35 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
chateal eq (28) 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
COMBIPATCH 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR PATCH, SEMIWEEKLY **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(8 cada 28 días)
conjugated estrogens 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
cryselle (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
cyred 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
cyred eq 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
dasetta 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
deblitane 0.35 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(5 cada 30 días)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(0.65 cada 90 días)
desog-e.estradiol/e.estradiol 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
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**	$0 (Nivel 1)	QL(8 cada 28 días)
drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
elinest 0.3-30 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
eluryng 0.12-0.015 mg/24 hr RING **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 28 días)
emzahh 0.35 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
enilloring 0.12-0.015 mg/24 hr RING **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 28 días)
enpresse 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
enskyce 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
errin 0.35 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
estarylla 0.25-0.035 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	
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**	$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 10 mcg, 2 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL **MO**	$0 (Nivel 1)	
estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24 hr RING **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 28 días)
falmina (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
feirza 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
FEMLYV 1 MG- 20 MCG TABLET, DISINTEGRATING **MO**	$0 (Nivel 2)	
gallifrey 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
hailey 1.5-30 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
haloette 0.12-0.015 mg/24 hr RING **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 28 días)
heather 0.35 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
incassia 0.35 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
introvale 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
isibloom 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
jasmiel (28) 3-0.02 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
jencycla 0.35 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
juleber 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
junel 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
junel 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
kalliga 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
kariva (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
kelnor 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
kelnor 1/50 (28) 1-50 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
kurvelo (28) 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
l norgest/e.estradiol-e.estrad 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
larin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
larin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
leena 28 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
lessina 0.1-20 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
levora-28 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
lo-zumandimine (28) 3-0.02 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5-30 MG-MCG TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN 1/20 (21) 1-20 MG-MCG TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
loryna (28) 3-0.02 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
low-ogestrel (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
luizza 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
lutera (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
lyleq 0.35 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
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**	$0 (Nivel 1)	QL(8 cada 28 días)
lyza 0.35 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
marlissa (28) 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
medroxyprogesterone 150 mg/ml SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml) SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 1)	
meleya 0.35 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
microgestin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
mili 0.25-0.035 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
mono-linyah 0.25-0.035 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT **DL**	$0 (Nivel 2)	
nikki (28) 3-0.02 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
NORA-BE 0.35 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
nora-be 0.35 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
norelgestromin-ethin.estradiol 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(3 cada 28 días)
noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
norethindrone acetate 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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**	$0 (Nivel 1)	
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**	$0 (Nivel 1)	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
ocella 3-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
orquidea 0.35 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
OSPHENA 60 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	PA
pimtrea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
portia 28 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM **MO**	$0 (Nivel 2)	
progesterone 50 mg/ml OIL **MO**	$0 (Nivel 1)	
progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
raloxifene 60 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
reclipsen (28) 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
sharobel 0.35 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
simliya (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
sprintec (28) 0.25-0.035 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
sronyx 0.1-20 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
syeda 3-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) GEL IN PACKET **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(37.5 cada 30 días)
testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) GEL IN PACKET **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) GEL IN METERED DOSE PUMP **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(150 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml OIL **MO**	$0 (Nivel 1)	PA
testosterone enanthate 200 mg/ml OIL **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(25 cada 90 días)
tilia fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
tri-sprintec (28) 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
tulana 0.35 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
turqoz (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
valtya 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
velivet triphasic regimen (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
vestura (28) 3-0.02 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
vienva 0.1-20 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
viorele (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
volnea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
vylibra 0.25-0.035 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
wera (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
wymzya fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
xarah fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
xelria fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
xulane 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(3 cada 28 días)
zafemy 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(3 cada 28 días)
zarah 3-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
zovia 1-35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
zumandimine (28) 3-0.03 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA) - Medicamentos utilizados para tratar bajos niveles de hormonas pituitarias

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN 10,000 UNIT RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	PA
desmopressin 0.1 mg, 0.2 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
EGRIFTA WR 11.6 MG KIT **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 28 días)
INCRELEX 10 MG/ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) CARTRIDGE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA

AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml ELIXIR **MO**	$0 (Nivel 1)	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
dexamethasone intensol 1 mg/ml DROPS **MO**	$0 (Nivel 1)	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml, 4 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
fludrocortisone 0.1 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone acetate 40 mg/ml, 80 mg/ml SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone sodium succ 1,000 mg, 125 mg, 40 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
prednisolone 15 mg/5 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
prednisone 1 mg, 2.5 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
prednisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
prednisone 10 mg, 5 mg TABLET, DOSE PACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
prednisone 5 mg/5 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
prednisone intensol 5 mg/ml CONCENTRATE **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
SOLU-MEDROL 2 GRAM RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT **MO**	$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	
triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	

AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES) - Medicamentos utilizados para el reemplazo de la hormona tiroidea

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ARMOUR THYROID 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	
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**	$0 (Nivel 2)	
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
levothyroxine 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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**	$0 (Nivel 2)	
liomny 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
liothyronine 10 mcg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
liothyronine 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
np thyroid 120 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	
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**	$0 (Nivel 2)	
TIROSINT-SOL 100 MCG/ML, 112 MCG/ML, 125 MCG/ML, 13 MCG/ML, 137 MCG/ML, 150 MCG/ML, 175 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 37.5 MCG/ML, 44 MCG/ML, 50 MCG/ML, 62.5 MCG/ML, 75 MCG/ML, 88 MCG/ML SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	
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**	$0 (Nivel 2)	

AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cabergoline 0.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
ELIGARD (3 MONTH) 22.5 MG SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 2)	PA
FIRMAGON 120 MG RECON SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 120 MG RECON SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 80 MG RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	PA
lanreotide 120 mg/0.5 ml SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(0.5 cada 28 días)
lanreotide 60 mg/0.2 ml SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(0.2 cada 28 días)
lanreotide 90 mg/0.3 ml SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(0.3 cada 28 días)
leuprolide 1 mg/0.2 ml KIT **MO**	$0 (Nivel 1)	
leuprolide acetate (3 month) 22.5 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT 3.75 MG SYRINGE KIT **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT 7.5 MG SYRINGE KIT **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 11.25 MG, 22.5 MG SYRINGE KIT **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 30 MG SYRINGE KIT **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 112 días)
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 45 MG SYRINGE KIT **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED) KIT **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 45 MG SYRINGE KIT **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 11.25 MG, 30 MG SYRINGE KIT **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 90 días)
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 22.5 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 90 días)
octreotide acetate 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	PA
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	PA
octreotide,microspheres 10 mg, 20 mg, 30 mg SUSPENSION, ER, RECON **DL**	$0 (Nivel 1)	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG SUSPENSION, ER, RECON **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG RECON SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	PA

AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES) - Medicamentos utilizados para tratar una tiroides hiperactiva

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
methimazole 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
propylthiouracil 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

AGENTES INMUNOLÓGICOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades del sistema inmune y vacunas

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ABRYSVO (PF) 120 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION DL	$0 (Nivel 1)	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 1)	
ADALIMUMAB-ADAZ 10 MG/0.1 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(0.2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 20 MG/0.2 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(4.8 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT DL	$0 (Nivel 2)	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	$0 (Nivel 2)	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	$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	$0 (Nivel 1)	
azathioprine 50 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	$0 (Nivel 1)	
BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
BEXSERO 50-50-50-25 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 1)	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION DL	$0 (Nivel 1)	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 1)	
COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML PEN INJECTOR DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION DL	$0 (Nivel 1)	
DENGVAXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	$0 (Nivel 1)	
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SUSPENSION DL	$0 (Nivel 1)	BvsD
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 1)	BvsD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 1)	BvsD
ENVARSUS XR 0.75 MG, 1 MG TABLET, ER 24 HR. MO	$0 (Nivel 2)	PA
ENVARSUS XR 4 MG TABLET, ER 24 HR. DL	$0 (Nivel 2)	PA
everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(60 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(120 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg, 1 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(60 cada 30 días)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	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	$0 (Nivel 2)	PA
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SUSPENSION DL	$0 (Nivel 1)	
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 1)	
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(24 cada 28 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 1)	
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 1)	BvsD
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR KIT DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE DL	$0 (Nivel 1)	PA,QL(18 cada 30 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	BvsD
INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 1)	
IPOL 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL	$0 (Nivel 1)	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 1)	
JYLAMVO 2 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
JYNNEOS (PF) 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 SUSPENSION DL	$0 (Nivel 1)	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 1)	
leflunomide 10 mg, 20 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML KIT DL	$0 (Nivel 1)	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	
methotrexate sodium 2.5 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
MRESVIA (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 1)	
mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
mycophenolate mofetil 500 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC MO	$0 (Nivel 1)	BvsD

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
OTULFI 45 MG/0.5 ML SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.5 cada 84 días)
OTULFI 45 MG/0.5 ML SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.5 cada 84 días)
OTULFI 90 MG/ML SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 84 días)
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 1)	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(4 cada 28 días)
PENBRAYA (PF) 5-120 MCG/0.5 ML KIT **DL**	$0 (Nivel 1)	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 0.5 ML KIT **DL**	$0 (Nivel 1)	
PENTACEL (PF) 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML KIT **DL**	$0 (Nivel 1)	
PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET **MO**	$0 (Nivel 2)	BvsD
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION **DL**	$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 1)	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION **DL**	$0 (Nivel 1)	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 1)	BvsD
RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR. **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR. **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(168 cada 365 días)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
ROTARIX 10EXP6 CCID50 /1.5 ML SUSPENSION **DL**	$0 (Nivel 1)	
ROTATEQ VACCINE 2 ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	
sajazir 30 mg/3 ml SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(18 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	BvsD
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	
sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
sirolimus 1 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 84 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 84 días)
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(8.4 cada 365 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(16.8 cada 365 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 84 días)
tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL	$0 (Nivel 1)	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION DL	$0 (Nivel 1)	
TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 1)	
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 1)	
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE MO	$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(4 cada 28 días)
TREMFYA 200 MG/20 ML (10 MG/ML) SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 365 días)
TREMFYA ONE-PRESS 100 MG/ML AUTO-INJECTOR MO	$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA PEN 100 MG/ML PEN INJECTOR MO	$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA PEN 200 MG/2 ML PEN INJECTOR DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(4 cada 28 días)
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) 200 MG/2 ML PEN INJECTOR DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(4 cada 28 días)
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 1)	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 1)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 1)	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML SUSPENSION DL	$0 (Nivel 1)	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 1)	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	$0 (Nivel 1)	
VAXCHORA VACCINE 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	$0 (Nivel 1)	
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 1)	
VIVOTIF 2 BILLION UNIT CAPSULE, DR/EC MO	$0 (Nivel 1)	
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	PA
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR DL,LA	$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML SYRINGE DL,LA	$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR DL,LA	$0 (Nivel 2)	PA,QL(4 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE DL,LA	$0 (Nivel 2)	PA,QL(4 cada 28 días)
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.5 cada 84 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SYRINGE MO	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.5 cada 84 días)
YESINTEK 90 MG/ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 84 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	$0 (Nivel 1)	

AGENTES OFTÁLMICOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades que involucren los ojos

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ALCAINE 0.5 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
apraclonidine 0.5 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
atropine 1 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE MO	$0 (Nivel 1)	
azelastine 0.05 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT MO	$0 (Nivel 1)	
bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT MO	$0 (Nivel 1)	
betaxolol 0.5 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
brimonidine 0.2 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
carteolol 1 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS MO	$0 (Nivel 2)	QL(5 cada 25 días)
cromolyn 4 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
cyclosporine 0.05 % DROPPERETTE MO	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
CYSTARAN 0.44 % DROPS DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 28 días)
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
diclofenac sodium 0.1 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
dorzolamide 2 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT MO	$0 (Nivel 1)	QL(3.5 cada 28 días)
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION MO	$0 (Nivel 2)	QL(16.6 cada 30 días)
fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION MO	$0 (Nivel 1)	
flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.3 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION MO	$0 (Nivel 2)	QL(3 cada 30 días)
ketorolac 0.4 %, 0.5 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	QL(10 cada 30 días)
latanoprost 0.005 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	QL(5 cada 25 días)
levobunolol 0.5 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
LUMIGAN 0.01 % DROPS MO	$0 (Nivel 2)	QL(2.5 cada 25 días)
methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
moxifloxacin 0.5 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
NATACYN 5 % DROPS, SUSPENSION MO	$0 (Nivel 2)	
neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT MO	$0 (Nivel 1)	
neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT MO	$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % OINTMENT MO	$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION MO	$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION MO	$0 (Nivel 1)	
ofloxacin 0.3 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
olopatadine 0.1 %, 0.2 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT MO	$0 (Nivel 1)	
polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION MO	$0 (Nivel 1)	
prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
proparacaine 0.5 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
RHOPRESSA 0.02 % DROPS MO	$0 (Nivel 2)	ST,QL(2.5 cada 25 días)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPS MO	$0 (Nivel 2)	ST,QL(2.5 cada 25 días)
SIMBRINZA 1-0.2 % DROPS, SUSPENSION MO	$0 (Nivel 2)	QL(16 cada 30 días)
sulfacetamide sodium 10 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
timolol maleate 0.25 % DROPS MO	$0 (Nivel 1)	
timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
timolol maleate 0.5 % DROPS **MO**	$0 (Nivel 1)	
tobramycin 0.3 % DROPS **MO**	$0 (Nivel 1)	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 1)	
travoprost 0.004 % DROPS **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(2.5 cada 25 días)
trifluridine 1 % DROPS **MO**	$0 (Nivel 1)	

AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES - Medicamentos utilizados para estabilizar el estado de ánimo

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
lithium carbonate 300 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
lithium carbonate 300 mg, 450 mg TABLET ER **MO**	$0 (Nivel 1)	
lithium citrate 8 meq/5 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	

AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades del sueño

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BELSOMRA 10 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 5 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
eszopiclone 1 mg, 2 mg, 3 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
modafinil 100 mg, 200 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
sodium oxybate 500 mg/ml SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(540 cada 30 días)
tasimelteon 20 mg CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
temazepam 15 mg, 30 mg CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
zaleplon 10 mg, 5 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
zolpidem 12.5 mg, 6.25 mg TABLET, ER MULTIPHASE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)

AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
ADSTILADRIN 3X10EXP11 VP/ML SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 2)	PA
ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED **MO**	$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED **MO**	$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED **MO**	$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED **MO**	$0 (Nivel 1)	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN **MO**	$0 (Nivel 1)	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN **MO**	$0 (Nivel 1)	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN **MO**	$0 (Nivel 1)	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE **MO**	$0 (Nivel 1)	
BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED **MO**	$0 (Nivel 1)	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE **MO**	$0 (Nivel 1)	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 **MO**	$0 (Nivel 1)	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE **MO**	$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE **MO**	$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE **MO**	$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE **MO**	$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE **MO**	$0 (Nivel 1)	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 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 **MO**	$0 (Nivel 1)	
BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED **MO**	$0 (Nivel 1)	
COBENFY 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG CAPSULE, DOSE PACK **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED **MO**	$0 (Nivel 1)	
CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE **MO**	$0 (Nivel 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 **MO**	$0 (Nivel 1)	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE **MO**	$0 (Nivel 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 **MO**	$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED **MO**	$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE **MO**	$0 (Nivel 1)	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 2)	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED **MO**	$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED **MO**	$0 (Nivel 1)	
GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED **MO**	$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED **MO**	$0 (Nivel 1)	
lactated ringers SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
mifepristone 300 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
MIRENA 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG IUD **MO**	$0 (Nivel 2)	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE **MO**	$0 (Nivel 1)	
NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE **MO**	$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin 0.4 % (w/w) OINTMENT **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN **MO**	$0 (Nivel 1)	
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 **MO**	$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	$0 (Nivel 1)	
ringer's SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	$0 (Nivel 1)	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	$0 (Nivel 1)	
ULTILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED MO	$0 (Nivel 1)	
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE MO	$0 (Nivel 1)	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE MO	$0 (Nivel 1)	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE MO	$0 (Nivel 1)	
water for irrigation, sterile SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
WEBCOL PADS, MEDICATED MO	$0 (Nivel 1)	
XDEMVY 0.25 % DROPS MO	$0 (Nivel 2)	PA,QL(10 cada 42 días)
ZEVALIN (Y-90) 3.2 MG/2 ML KIT DL	$0 (Nivel 2)	PA

ANALGÉSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el dolor

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acetaminophen-codeine 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	QL(2700 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-15 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	QL(390 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-60 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	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	$0 (Nivel 1)	PA,QL(4 cada 28 días)
diclofenac potassium 50 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
diclofenac sodium 1 % GEL **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(1000 cada 30 días)
diclofenac sodium 1.5 % DROPS **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(300 cada 30 días)
diclofenac sodium 100 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	
diclofenac sodium 25 mg, 50 mg TABLET, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	
diclofenac sodium 75 mg TABLET, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	
endocet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
etodolac 200 mg, 300 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
etodolac 400 mg, 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
fentanyl 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hour, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hour, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hour PATCH. 72 HR. **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(20 cada 30 días)
fentanyl citrate 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg LOZENGE **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate (pf) 50 mcg/ml SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(720 cada 30 días)
flurbiprofen 100 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
hydrocodone-acetaminophen 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(390 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml(15 ml) SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15 ml SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(5520 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 1)	
ibuprofen 400 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
ibuprofen 600 mg, 800 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
indomethacin 25 mg, 50 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
indomethacin 75 mg CAPSULE, ER **MO**	$0 (Nivel 1)	
ketorolac 10 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(20 cada 30 días)
lurbipr 100 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
meloxicam 15 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
methadone 10 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml CONCENTRATE **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
methadone 5 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(480 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(3600 cada 30 días)
morphine 10 mg/5 ml SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(2700 cada 30 días)
morphine 100 mg TABLET ER **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg, 60 mg TABLET ER **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(1350 cada 30 días)
morphine 200 mg TABLET ER **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(540 cada 30 días)
nabumetone 500 mg, 750 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
naproxen 250 mg, 375 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
naproxen 375 mg TABLET, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	
naproxen 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
naproxen sodium 275 mg, 550 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
oxycodone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg, 30 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(270 cada 30 días)
oxycodone 5 mg CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 5-325 mg/5 ml SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(1800 cada 30 días)
piroxicam 10 mg, 20 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
sulindac 150 mg, 200 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR. **DL**	$0 (Nivel 1)	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE **DL**	$0 (Nivel 1)	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 50 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)

ANESTÉSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el dolor local

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lidocaine 5 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR **MO**	$0 (Nivel 1)	
lidocaine hcl 2 % SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
lidocaine viscous 2 % SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	

ANSIOLÍTICOS - Medicamentos utilizados para tratar la ansiedad

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
buspirone 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
buspirone 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING **DL**	$0 (Nivel 1)	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	
clonazepam 2 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	
diazepam 10 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
doxepin 10 mg/ml CONCENTRATE **MO**	$0 (Nivel 1)	
hydroxyzine hcl 10 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
hydroxyzine hcl 25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lorazepam 2 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)

ANTIBACTERIANOS - Medicamentos utilizados para tratar infecciones causadas por bacterias

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acetic acid 2 % SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
amikacin 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 125 mg, 250 mg CHEWABLE TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 250 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 500 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 875 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 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**	$0 (Nivel 1)	
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
ampicillin 500 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
ampicillin sodium 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(235.2 cada 28 días)
azithromycin 1 gram PACKET **MO**	$0 (Nivel 1)	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
azithromycin 250 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
azithromycin 500 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 2)	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 2)	
cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
cefadroxil 500 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 3 gram, 500 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml, 3 gram/50 ml PIGGYBACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) 3 GRAM/150 ML PIGGYBACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
cefdinir 300 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
cefixime 400 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
cefotetan 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
cefoxitin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
cefoxitin in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
cefpodoxime 100 mg, 200 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
cefprozil 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
ceftazidime 1 gram, 2 gram, 6 gram RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
cefuroxime sodium 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
cephalexin 250 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cephalexin 500 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
chloramphenicol sod succinate 1 gram RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin hcl 100 mg, 250 mg, 750 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin in 5 % dextrose 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
clarithromycin 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
clarithromycin 500 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	
clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
clindamycin in 0.9 % sod chlor 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
clindamycin in 5 % dextrose 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5 ml RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
clindamycin phosphate 2 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	
colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
daptomycin 350 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
daptomycin 500 mg RECON SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	
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**	$0 (Nivel 2)	
dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
DIFICID 200 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	
doxy-100 100 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 100 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 20 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg, 75 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ertapenem 1 gram RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	
erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	
erythromycin 250 mg, 333 mg, 500 mg TABLET, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	
erythromycin 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	
fidaxomicin 200 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.1 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.1 % OINTMENT **MO**	$0 (Nivel 1)	
gentamicin 40 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml PIGGYBACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
HUMATIN 250 MG CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 1)	
imipenem-cilastatin 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
lincomycin 300 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
meropenem 1 gram, 500 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
methenamine hippurate 1 gram TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
metronidazole 0.75 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	
metronidazole 0.75 % LOTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
metronidazole 0.75 %, 0.75 % (37.5mg/5 gram), 1 % GEL **MO**	$0 (Nivel 1)	
metronidazole 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
mondoxyne nl 100 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
moxifloxacin 400 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 400 mg/250 ml PIGGYBACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
nafcillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
nafcillin in dextrose iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK **DL**	$0 (Nivel 2)	
neomycin 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg, 50 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
penicillin g potassium 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
penicillin g sodium 5 million unit RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
penicillin v potassium 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
pfizerpen-g 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
piperacillin-tazobactam 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
polymyxin b sulfate 500,000 unit RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
PRIMSOL 50 MG/5 ML SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	
streptomycin 1 gram RECON SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	
sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT **MO**	$0 (Nivel 1)	
sulfadiazine 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
TEFLARO 400 MG, 600 MG RECON SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	
tigecycline 50 mg RECON SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	
tinidazole 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
tobramycin in 0.225 % nacl 300 mg/5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION **DL**	$0 (Nivel 1)	BvsD
tobramycin sulfate 10 mg/ml, 40 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
trimethoprim 100 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
vancomycin 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
vancomycin 1.75 gram, 2 gram RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	
vancomycin 125 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
vancomycin 250 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)

ANTICONVULSIVOS - Medicamentos utilizados para tratar las convulsiones

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
APTIOM 200 MG, 400 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
APTIOM 600 MG, 800 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
brivaracetam 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
carbamazepine 100 mg, 200 mg CHEWABLE TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 400 mg TABLET, ER 12 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	
carbamazepine 100 mg/5 ml, 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 1)	
carbamazepine 200 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
clobazam 10 mg, 20 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	PA
clobazam 2.5 mg/ml SUSPENSION **DL**	$0 (Nivel 1)	PA
DIACOMIT 250 MG, 500 MG CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG, 500 MG POWDER IN PACKET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg KIT **DL**	$0 (Nivel 1)	
divalproex 125 mg CAPSULE, DR SPRINKLE **MO**	$0 (Nivel 1)	
divalproex 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	
divalproex 250 mg, 500 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
epitol 200 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	PA,QL(480 cada 30 días)
eslicarbazepine 200 mg, 400 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
eslicarbazepine 600 mg, 800 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
ethosuximide 250 mg CAPSULE MO	$0 (Nivel 1)	
ethosuximide 250 mg/5 ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
felbamate 400 mg, 600 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
felbamate 600 mg/5 ml SUSPENSION MO	$0 (Nivel 1)	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION DL,LA	$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET MO	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE MO	$0 (Nivel 1)	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 600 mg, 800 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
lacosamide 10 mg/ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	QL(1395 cada 30 días)
lacosamide 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
lacosamide 200 mg/20 ml SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK MO	$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE MO	$0 (Nivel 1)	
levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
levetiracetam 100 mg/ml, 500 mg/5 ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
levetiracetam 250 mg TABLET FOR SUSPENSION MO	$0 (Nivel 2)	ST,QL(360 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO	$0 (Nivel 1)	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	$0 (Nivel 1)	
LIBERVANT 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG FILM DL	$0 (Nivel 2)	QL(10 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
methsuximide 300 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(10 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 1)	
perampanel 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
perampanel 2 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 30 días)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 2)	
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 1)	
phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
phenytoin sodium 50 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
primidone 125 mg, 250 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
roweepra 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
rufinamide 200 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 2)	ST,QL(90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 2)	ST,QL(360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 2)	ST,QL(180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 2)	ST,QL(120 cada 30 días)
subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
SYMPAZAN 10 MG, 20 MG, 5 MG FILM **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
topiramate 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
topiramate 15 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE, SPRINKLE **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
topiramate 25 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(480 cada 30 días)
valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
valproic acid 250 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 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**	$0 (Nivel 2)	QL(10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg POWDER IN PACKET **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(600 cada 25 días)
vigpoder 500 mg POWDER IN PACKET **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
XCOPRI 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	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**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK **MO**	$0 (Nivel 2)	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**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(900 cada 30 días)
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1080 cada 30 días)

ANTIDEPRESIVOS - Medicamentos utilizados para tratar la depresión

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
amitriptyline 25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
AUVELITY 45-105 MG TABLET, IR/ER, BIPHASIC **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
bupropion hcl 100 mg TABLET, SR 12 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg, 75 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 200 mg TABLET, SR 12 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
citalopram 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
citalopram 10 mg/5 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
desvenlafaxine succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR PATCH, 24 HR. **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
escitalopram oxalate 15 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 2)	
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(600 cada 30 días)
EXXUA 18.2 MG (32 TABS) TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
EXXUA 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG TABLET, ER 24 HR. **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)- 40 MG (26) CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
fluoxetine 10 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
fluoxetine 40 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
MARPLAN 10 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
mirtazapine 45 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 1)	
perphenazine-amitriptyline 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
phenelzine 15 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
protriptyline 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	
sertraline 100 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
sertraline 20 mg/ml CONCENTRATE **MO**	$0 (Nivel 1)	
sertraline 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
tranylcypromine 10 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
trazodone 300 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
trimipramine 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	ST,QL(30 cada 30 días)
venlafaxine 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
venlafaxine 150 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
venlafaxine 37.5 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
venlafaxine 75 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
vilazodone 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
ZURZUVAE 20 MG, 25 MG CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 365 días)
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 365 días)

ANTIEMÉTICOS - Medicamentos utilizados para tratar las náuseas y el vómito

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
aprepitant 125 mg (1)- 80 mg (2) CAPSULE, DOSE PACK **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
aprepitant 125 mg, 40 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 80 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(4 cada 28 días)
compro 25 mg SUPPOSITORY **MO**	$0 (Nivel 1)	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(120 cada 30 días)
granisetron hcl 1 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(28 cada 28 días)
meclizine 12.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
meclizine 25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
metoclopramide hcl 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
ondansetron 4 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
ondansetron 8 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
ondansetron hcl 2 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl 4 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
ondansetron hcl 4 mg/5 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(450 cada 30 días)
ondansetron hcl 8 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine 25 mg SUPPOSITORY **MO**	$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine maleate 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
promethazine 12.5 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
promethazine 25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
scopolamine base 1 mg over 3 days PATCH, 3 DAY **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(10 cada 30 días)

ANTIFÚNGICOS - Medicamentos utilizados infecciones por hongos

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 2)	BvsD
amphotericin b 50 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
amphotericin b liposome 50 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	BvsD
caspofungin 50 mg, 70 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
ciclodan 8 % SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(13.2 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % GEL **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(100 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
ciclopirox 8 % SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	
clotrimazole 1 % SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
clotrimazole 10 mg TROCHE **MO**	$0 (Nivel 1)	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 28 días)
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
fluconazole 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
fluconazole 150 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 1)	
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 1)	
griseofulvin microsize 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
griseofulvin ultramicrosize 125 mg, 250 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
itraconazole 100 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 2 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
ketoconazole 2 % SHAMPOO **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 200 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	PA
klayesta 100,000 unit/gram POWDER **MO**	$0 (Nivel 1)	PA
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL 100 MG/100 ML, 150 MG/150 ML, 50 MG/50 ML PIGGYBACK **DL**	$0 (Nivel 2)	
micafungin in 0.9 % sodium chl 150 mg/150 ml PIGGYBACK **DL**	$0 (Nivel 2)	
miconazole-3 200 mg SUPPOSITORY **MO**	$0 (Nivel 1)	
nyamyc 100,000 unit/gram POWDER **MO**	$0 (Nivel 1)	PA
nystatin 100,000 unit/gram CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	
nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT **MO**	$0 (Nivel 1)	
nystatin 100,000 unit/gram POWDER **MO**	$0 (Nivel 1)	PA
nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 1)	
nystatin 500,000 unit TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/gram-% OINTMENT **MO**	$0 (Nivel 1)	
nystop 100,000 unit/gram POWDER **MO**	$0 (Nivel 1)	PA
posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC **DL**	$0 (Nivel 1)	PA
posaconazole 300 mg/16.7 ml SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	PA
terbinafine hcl 250 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
terconazole 80 mg SUPPOSITORY **MO**	$0 (Nivel 1)	
voriconazole 200 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	PA
voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(400 cada 30 días)
voriconazole-hpbcd 200 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	PA

ANTIMICOBACTERIANOS - Medicamentos utilizados para tratar algunas infecciones, como la tuberculosis

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dapsone 100 mg, 25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
ethambutol 100 mg, 400 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
isoniazid 100 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
PRIFTIN 150 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	
pyrazinamide 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
rifabutin 150 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
rifampin 150 mg, 300 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
rifampin 600 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
SIRTURO 100 MG, 20 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
TRECATOR 250 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	

ANTINEOPLÁSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el cáncer

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
abiraterone 250 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
abiraterone 500 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
abirtega 250 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
ADCETRIS 50 MG RECON SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ADRIAMYCIN 50 MG RECON SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
AKEEGA 100-500 MG, 50-500 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
ALECENSA 150 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
ALIQOPA 60 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
anastrozole 1 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
ANKTIVA 400 MCG/0.4 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
ARRANON 250 MG/50 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	
arsenic trioxide 1 mg/ml, 2 mg/ml SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	PA
ASPARLAS 750 UNIT/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
AUGTYRO 160 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
AUGTYRO 40 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
AVMAPKI-FAKZYNJA 0.8-200 MG COMBO PACK DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(66 cada 28 días)
AXTLE 100 MG, 500 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
azacitidine 100 mg RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	PA
BALVERSA 3 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
BAVENCIO 20 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
BELEODAQ 500 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
bendamustine 100 mg, 25 mg RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
BESPONSA 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL) RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
bexarotene 1 % GEL DL	$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
bexarotene 75 mg CAPSULE DL	$0 (Nivel 1)	PA,QL(300 cada 30 días)
bicalutamide 50 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
BICNU 100 MG RECON SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	
BIZENGRI 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(75 cada 28 días)
bleomycin 15 unit, 30 unit RECON SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	PA

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BOSULIF 100 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
BOSULIF 100 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
BOSULIF 50 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
BRUKINSA 160 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
busulfan 60 mg/10 ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
BUSULFEX 60 MG/10 ML SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET DL,LA	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET DL,LA	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
carboplatin 10 mg/ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
carmustine 100 mg RECON SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
cisplatin 1 mg/ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
cladribine 10 mg/10 ml SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	BvsD
clofarabine 1 mg/ml SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	
CLOLAR 1 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	
COLUMVI 1 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
COSMEGEN 0.5 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	
COTELLIC 20 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(63 cada 28 días)
cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
CYCLOPHOSPHAMIDE 100 MG/ML, 200 MG/ML SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
cyclophosphamide 200 mg/ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
cytarabine 20 mg/ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	BvsD

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cytarabine (pf) 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
dacarbazine 100 mg, 200 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
dactinomycin 0.5 mg RECON SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 28 días)
DANZITEN 71 MG, 95 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
dasatinib 100 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
dasatinib 140 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
dasatinib 20 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
DATROWAY 100 MG RECON SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
daunorubicin 5 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
DAURISMO 100 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
decitabine 50 mg RECON SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	PA
dexrazoxane hcl 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
docetaxel 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml) SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
doxorubicin 10 mg, 50 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
doxorubicin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
doxorubicin, peg-liposomal 2 mg/ml SUSPENSION **DL**	$0 (Nivel 1)	PA
ELAHERE 5 MG/ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
ELREXFIO 40 MG/ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
ELZONRIS 1,000 MCG/ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(10 cada 21 días)
EMCYT 140 MG CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 2)	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
EMRELIS 100 MG, 20 MG RECON SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
ENHERTU 100 MG RECON SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
epirubicin 200 mg/100 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
EPKINLY 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
eribulin 1 mg/2 ml (0.5 mg/ml) SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 240 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ERLEADA 60 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
ETOPOPHOS 100 MG RECON SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	
etoposide 20 mg/ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
EULEXIN 125 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 1)	PA
everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION DL	$0 (Nivel 1)	PA
EVOMELA 50 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	
exemestane 25 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
EXKIVITY 40 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
fludarabine 50 mg RECON SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
fludarabine 50 mg/2 ml SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
FYARRO 100 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
GAVRETO 100 MG CAPSULE DL,LA	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 28 días)
gefitinib 250 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	PA
gemcitabine 1 gram, 2 gram, 200 mg RECON SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
gemcitabine 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml) SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET DL,LA	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG, 40 MG CAPSULE MO	$0 (Nivel 2)	PA
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	$0 (Nivel 2)	PA
GOMEKLI 1 MG, 2 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA
GRAFAPEX 1 GRAM, 5 GRAM RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	
HERNEXEOS 60 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
hydroxyurea 500 mg CAPSULE MO	$0 (Nivel 1)	
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
IBTROZI 200 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
idarubicin 1 mg/ml SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ifosfamide 1 gram, 3 gram RECON SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
ifosfamide 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
imatinib 100 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
imatinib 400 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
IMBRUVICA 420 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION DL	$0 (Nivel 2)	PA
IMDELLTRA 1 MG, 10 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(4 cada 365 días)
IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
INLEXZO 225 MG IMPLANT DL	$0 (Nivel 2)	PA
INLURIYO 200 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
INQOVI 35-100 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
irinotecan 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
ISTODAX 10 MG/2 ML RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
ITOVEBI 3 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ITOVEBI 9 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
IVRA 90 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	
IWILFIN 192 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
IXEMPRA 15 MG, 45 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
JAYPIRCA 100 MG, 50 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
JEMPERLI 50 MG/ML SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 42 días)
JEVTANA 10 MG/ML (FIRST DILUTION) SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
KADCYLA 100 MG, 160 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
KANJINTI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
KEYTRUDA QLEX 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
KIMMTRAK 100 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(91 cada 28 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
KOSELUGO 5 MG CAPSULE, SPRINKLE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(600 cada 30 días)
KOSELUGO 7.5 MG CAPSULE, SPRINKLE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
KRAZATI 200 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
KYPROLIS 10 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
KYPROLIS 30 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
KYPROLIS 60 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(12 cada 28 días)
lapatinib 250 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
LAZCLUZE 240 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
LAZCLUZE 80 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
lenalidomide 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE DL	$0 (Nivel 1)	PA,QL(28 cada 28 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
LENVIMA 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1) CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	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	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
letrozole 2.5 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
LEUKERAN 2 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	
levoleucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	PA
levoleucovorin calcium 50 mg RECON SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	PA
LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(7 cada 21 días)
lomustine 10 mg CAPSULE MO	$0 (Nivel 1)	PA
lomustine 100 mg, 40 mg CAPSULE DL	$0 (Nivel 1)	PA
LONSURF 15-6.14 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20-8.19 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(80 cada 30 días)
LOQTORZI 240 MG/6 ML (40 MG/ML) SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
LORBRENA 100 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMAKRAS 120 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
LUMAKRAS 240 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
LUMAKRAS 320 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
LUNSUMIO 1 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
LYNOZYFIC 2 MG/ML, 20 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
LYSODREN 500 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	
LYTGOBI 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(140 cada 28 días)
MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
MATULANE 50 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1170 cada 28 días)
MEKINIST 0.5 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
MEKTOVI 15 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
melphalan 2 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
melphalan hcl 50 mg RECON SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
mercaptopurine 20 mg/ml SUSPENSION DL	$0 (Nivel 1)	
mercaptopurine 50 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
mesna 400 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	
MESNEX 400 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	
mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	
mitoxantrone 2 mg/ml CONCENTRATE MO	$0 (Nivel 1)	
MODEYSO 125 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 28 días)
MUTAMYCIN 20 MG, 40 MG, 5 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	
MVASI 25 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC) RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
nelarabine 250 mg/50 ml SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	
NERLYNX 40 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
nilotinib d-tartrate 150 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
nilotinib hcl 150 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE DL	$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
nilutamide 150 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
NUBEQA 300 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
OGSIVEO 100 MG, 150 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
OGSIVEO 50 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
OJEMDA 25 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(96 cada 28 días)
OJEMDA 400 MG/WEEK (100 MG X 4) TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(16 cada 28 días)
OJEMDA 500 MG/WEEK (100 MG X 5) TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 28 días)
OJEMDA 600 MG/WEEK (100 MG X 6) TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(24 cada 28 días)
OJJAARA 100 MG, 150 MG, 200 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ONCASPAR 750 UNIT/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
ONIVYDE 4.3 MG/ML DISPERSION DL	$0 (Nivel 2)	PA
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(40 cada 28 días)
OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(16 cada 28 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
OPDIVO QVANTIG 600 MG-10,000 UNIT/5 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(10 cada 28 días)
OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(40 cada 28 días)
ORGOVYX 120 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(32 cada 30 días)
ORSERDU 345 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ORSERDU 86 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
oxaliplatin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
oxaliplatin 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
paclitaxel 6 mg/ml CONCENTRATE MO	$0 (Nivel 1)	
paclitaxel protein-bound 100 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
PADCEV 20 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
PADCEV 30 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(15 cada 28 días)
PANRETIN 0.1 % GEL DL	$0 (Nivel 2)	PA
paraplatin 10 mg/ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
pazopanib 200 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
pazopanib 400 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
pemetrexed 1 gram, 100 mg, 500 mg RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
pemetrexed 25 mg/ml SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 21 días)
pemetrexed disodium 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	PA
pemetrexed disodium 25 mg/ml SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
PEMRYDI RTU 10 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
POLIVY 140 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 21 días)
POLIVY 30 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 21 días)
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(100 cada 21 días)
POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
pralatrexate 20 mg/ml (1 ml), 40 mg/2 ml (20 mg/ml) SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION DL	$0 (Nivel 2)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
QINLOCK 50 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 120 MG, 160 MG, 80 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
REVUFORJ 110 MG, 160 MG, 25 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
romidepsin 10 mg/2 ml RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	PA
ROMIDEPSIN 5 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	PA
ROMVIMZA 14 MG, 20 MG, 30 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(784 cada 365 días)
RYDAPT 25 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(224 cada 28 días)
RYLAZE 10 MG/0.5 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
RYTELO 188 MG, 47 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
SCEMBLIX 100 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
SCEMBLIX 20 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	
sorafenib 200 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE DL	$0 (Nivel 1)	PA,QL(28 cada 28 días)
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
TABLOID 40 MG TABLET MO	$0 (Nivel 2)	
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	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	$0 (Nivel 2)	PA,QL(840 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
TALVEY 2 MG/ML, 40 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
TASIGNA 150 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
TAZVERIK 200 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
TECENTRIQ HYBREZA 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(15 cada 21 días)
TECVAYLI 10 MG/ML, 90 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
temsirolimus 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first) RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	PA,QL(8 cada 28 días)
TEPMETKO 225 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
TEVIMBRA 10 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 21 días)
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
thiotepa 100 mg RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 1)	
thiotepa 15 mg RECON SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
TIBSOVO 250 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
TIVDAK 40 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(5 cada 21 días)
topotecan 4 mg RECON SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
topotecan 4 mg/4 ml (1 mg/ml) SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
toremifene 60 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
torpenz 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
TRAZIMERA 150 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
TRAZIMERA 420 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE DL	$0 (Nivel 1)	
TRISENOX 2 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
TRODELVY 180 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
TRUQAP 160 MG, 200 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(64 cada 28 días)
TUKYSA 150 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TUKYSA 50 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
TURALIO 125 MG CAPSULE DL,LA	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
VALCHLOR 0.016 % GEL DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 28 días)
VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
VENCLEXTA 10 MG TABLET MO	$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET MO	$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(42 cada 28 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
vinblastine 1 mg/ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
VITRAKVI 100 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
VONJO 100 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
VORANIGO 10 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
VORANIGO 40 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
VYLOY 100 MG, 300 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
VYXEOS 44-100 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
XALKORI 150 MG PELLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
XALKORI 20 MG PELLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 50 MG PELLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	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	$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (10 MG X 4) TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(16 cada 28 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
ZANOSAR 1 GRAM RECON SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	
ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
ZEPZELCA 4 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
ZIIHERA 300 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
ZOLINZA 100 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(150 cada 30 días)
ZYNLONTA 10 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
ZYNYZ 500 MG/20 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 28 días)

ANTIPARASITARIOS - Medicamentos utilizados para tratar las infecciones parasitarias

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
albendazole 200 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION MO	$0 (Nivel 1)	
atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
COARTEM 20-120 MG TABLET MO	$0 (Nivel 2)	QL(24 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
hydroxychloroquine 200 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
ivermectin 3 mg, 6 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	
mefloquine 250 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
nitazoxanide 500 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
praziquantel 600 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
primaquine 26.3 mg (15 mg base) TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
pyrimethamine 25 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
quinine sulfate 324 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(42 cada 7 días)

ANTIPSICÓTICOS - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades psicológicas y del estado de ánimo

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(2.4 cada 56 días)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(3.2 cada 56 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, RECON **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)
aripiprazole 1 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(750 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(2.4 cada 42 días)
asenapine maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg SUBLINGUAL TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPLYTA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
chlorpromazine 10 mg, 25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml CONCENTRATE **MO**	$0 (Nivel 1)	
chlorpromazine 25 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
clozapine 100 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(270 cada 30 días)
clozapine 100 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(270 cada 30 días)
clozapine 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	$0 (Nivel 1)	PA
clozapine 150 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(135 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(135 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(1080 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(1080 cada 30 días)
clozapine 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT TITRATION PACK A 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK **MO**	$0 (Nivel 2)	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**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
FANAPT TITRATION PACK C 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2) TABLET, DOSE PACK **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
fluphenazine decanoate 25 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml ELIXIR **MO**	$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE **MO**	$0 (Nivel 1)	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE **MO**	$0 (Nivel 1)	
haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(3.5 cada 180 días)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(5 cada 180 días)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(1.5 cada 28 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE MO	$0 (Nivel 2)	QL(0.88 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE MO	$0 (Nivel 2)	QL(1.32 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE MO	$0 (Nivel 2)	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE MO	$0 (Nivel 2)	QL(2.63 cada 90 días)
loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE MO	$0 (Nivel 1)	
lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
lurasidone 80 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
molindone 10 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
molindone 25 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	PA,QL(270 cada 30 días)
molindone 5 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	PA,QL(360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg RECON SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
OPIPZA 10 MG FILM DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
OPIPZA 2 MG FILM DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
OPIPZA 5 MG FILM DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR. MO	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR. MO	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
pimozide 1 mg, 2 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
quetiapine 100 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON MO	$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON DL	$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 28 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	$0 (Nivel 1)	ST,QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	$0 (Nivel 1)	ST,QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR. **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(540 cada 30 días)
VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)

ANTIVIRALES - Medicamentos utilizados para tratar infecciones causadas por virus

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
abacavir 20 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
acyclovir 200 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
acyclovir 400 mg, 800 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
acyclovir 5 % OINTMENT **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
adefovir 10 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
APTIVUS 250 MG CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
atazanavir 300 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(630 cada 30 días)
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
CABENUVA 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML SUSPENSION, ER **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(50 cada 365 días)
CIMDUO 300-300 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
COMPLERA 200-25-300 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
darunavir 600 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
darunavir 800 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 120-15 MG, 200-25 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
DOVATO 50-300 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
EDURANT PED 2.5 MG TABLET FOR SUSPENSION **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
efavirenz 200 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
efavirenz 50 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-emtricitabin-tenofov 600-200-300 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-lamivu-tenofov disop 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
emtricita-rilpivirine-tenof df 200-25-300 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofovir (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(680 cada 28 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
etravirine 100 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
etravirine 200 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
EVOTAZ 300-150 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
FUZEON 90 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET MO	$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET DL	$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET MO	$0 (Nivel 2)	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET MO	$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JULUCA 50-25 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
KALETRA 400-100 MG/5 ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	
lamivudine 10 mg/ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	QL(900 cada 30 días)
lamivudine 100 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION MO	$0 (Nivel 2)	QL(1575 cada 28 días)
LIVTENCITY 200 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5 ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
maraviroc 150 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR. MO	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 200 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. MO	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION MO	$0 (Nivel 1)	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG CAPSULE MO	$0 (Nivel 2)	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET MO	$0 (Nivel 2)	QL(360 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE MO	$0 (Nivel 1)	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg, 75 mg CAPSULE MO	$0 (Nivel 1)	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	$0 (Nivel 1)	QL(1440 cada 365 días)
PAXLOVID 150 MG (10)- 100 MG (10) TABLET, DOSE PACK MO	$0 (Nivel 2)	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 150 MG (6)- 100 MG (5) TABLET, DOSE PACK MO	$0 (Nivel 2)	QL(22 cada 10 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK MO	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 10 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
PREVYMIS 120 MG, 20 MG PELLETS IN PACKET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
PREVYMIS 240 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
PREVYMIS 480 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA
PREZCOBIX 675-150 MG, 800-150 MG-MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION DL	$0 (Nivel 2)	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET MO	$0 (Nivel 2)	QL(480 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE MO	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 180 días)
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	
REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET MO	$0 (Nivel 2)	
ribavirin 200 mg CAPSULE MO	$0 (Nivel 1)	
ribavirin 200 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
rimantadine 100 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
ritonavir 100 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR. DL	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	QL(1800 cada 30 días)
SELZENTRY 25 MG TABLET MO	$0 (Nivel 2)	QL(240 cada 30 días)
SELZENTRY 75 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
stavudine 15 mg, 20 mg CAPSULE MO	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
stavudine 30 mg, 40 mg CAPSULE MO	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
SUNLENCA 300 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	QL(10 cada 365 días)
SUNLENCA 309 MG/ML SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	QL(9 cada 365 días)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
TIVICAY 10 MG TABLET MO	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY 25 MG, 50 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	
TYBOST 150 MG TABLET MO	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
valganciclovir 450 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(1056 cada 30 días)
VEMLIDY 25 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(240 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
zidovudine 10 mg/ml SYRUP **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(1680 cada 28 días)
zidovudine 100 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(5 cada 30 días)

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS - Medicamentos utilizados para tratar las deficiencias de vitaminas

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	BvsD
bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP **MO**	$0 (Nivel 1)	
c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE **DL**	$0 (Nivel 1)	PA
CHEMET 100 MG CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 2)	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	BvsD

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINOLIPID 20 % EMULSION MO	$0 (Nivel 2)	BvsD
complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK MO	$0 (Nivel 1)	
d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
deferasirox 180 mg, 360 mg, 90 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK MO	$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION MO	$0 (Nivel 2)	BvsD
IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	
ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
KABIVEN 3.31-10.8-3.9 % EMULSION MO	$0 (Nivel 2)	BvsD
kionex (with sorbitol) 15-20 gram/60 ml SUSPENSION MO	$0 (Nivel 1)	
klor-con 10 10 meq TABLET ER MO	$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER MO	$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER MO	$0 (Nivel 1)	
klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	$0 (Nivel 1)	
klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	$0 (Nivel 1)	
lactated ringers PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
levocarnitine 330 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM POWDER IN PACKET MO	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SYRINGE MO	$0 (Nivel 1)	
magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK MO	$0 (Nivel 1)	
neo-vital rx 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK MO	$0 (Nivel 1)	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	
NUTRILIPID 20 % EMULSION MO	$0 (Nivel 2)	BvsD
one natal rx 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
penicillamine 250 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	
PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION MO	$0 (Nivel 2)	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER MO	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER MO	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 15 meq, 8 meq TABLET ER MO	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml LIQUID **MO**	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER **MO**	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in lr-d5 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 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**	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER **MO**	$0 (Nivel 1)	
pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP **MO**	$0 (Nivel 1)	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP **MO**	$0 (Nivel 1)	
PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
PRENATABS FA 29-1 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
ringer's PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
SMOFLIPID 20 % EMULSION **MO**	$0 (Nivel 2)	BvsD
sodium bicarbonate 50 meq/50 ml (8.4 %) SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 2.5 meq/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
sodium polystyrene sulfonate 15 gram POWDER **MO**	$0 (Nivel 1)	
SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 1)	
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	BvsD
trientine 250 mg CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
trientine 500 mg CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	BvsD
wesnatal dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK **MO**	$0 (Nivel 1)	
wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
aspirin-dipyridamole 25-200 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	ST,QL(60 cada 30 días)
BRILINTA 60 MG, 90 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
clopidogrel 300 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
clopidogrel 75 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 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**	$0 (Nivel 2)	ST,QL(592 cada 30 días)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 5 MG (74 TABS) TABLET, DOSE PACK **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS SPRINKLE 0.15 MG CAPSULE, SPRINKLE **MO**	$0 (Nivel 2)	ST,QL(74 cada 30 días)
enoxaparin 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
enoxaparin 300 mg/3 ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
heparin (porcine) 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml SYRINGE **MO**	$0 (Nivel 1)	
jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(7 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(11.2 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(22.4 cada 30 días)
prasugrel hcl 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 25 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
PROMACTA 75 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
RETACRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 40,000 UNIT/ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 30 días)
rivaroxaban 1 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	ST,QL(600 cada 30 días)
rivaroxaban 2.5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
ticagrelor 60 mg, 90 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
tranexamic acid 650 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR **DL**	$0 (Nivel 2)	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**	$0 (Nivel 1)	
warfarin 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	ST,QL(600 cada 30 días)
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(51 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(7 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(11.2 cada 30 días)

REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE - Medicamentos utilizados para controlar los niveles de azúcar en la sangre

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL MO	$0 (Nivel 2)	
diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION DL	$0 (Nivel 1)	
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	$0 (Nivel 2)	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE MO	$0 (Nivel 2)	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	
glimepiride 1 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
glimepiride 2 mg, 4 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
glipizide 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	$0 (Nivel 1)	
glipizide 10 mg, 5 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
glipizide 2.5 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
glyburide 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
glyburide micronized 1.5 mg, 3 mg, 6 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
glyburide-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
GLYXAMBI 10-5 MG, 25-5 MG TABLET MO	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 100 UNIT/ML INSULIN PEN, HALF-UNIT MO	$0 (Nivel 2)	
HUMALOG KWIKPEN INSULIN 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	$0 (Nivel 2)	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN 100 UNIT/ML (50-50) INSULIN PEN MO	$0 (Nivel 2)	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN 100 UNIT/ML (75-25) INSULIN PEN MO	$0 (Nivel 2)	
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN 100 UNIT/ML (75-25) SUSPENSION MO	$0 (Nivel 2)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE **MO**	$0 (Nivel 2)	
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 2)	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN **MO**	$0 (Nivel 2)	
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN **MO**	$0 (Nivel 2)	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 2)	
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN 100 UNIT/ML SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	
INVOKAMET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET XR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
JANUMET 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
JANUMET XR 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-850 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN **MO**	$0 (Nivel 2)	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	
linagliptin-metformin 2.5-1,000 mg, 2.5-500 mg, 2.5-850 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INSULIN PEN **MO**	$0 (Nivel 2)	
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN **MO**	$0 (Nivel 2)	
LYUMJEV U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	
metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
metformin 850 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 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**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN **MO**	$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN **MO**	$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN **MO**	$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN **MO**	$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN **MO**	$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE **MO**	$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 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**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
pioglitazone 15 mg, 45 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 30 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
saxagliptin 2.5 mg, 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(15 cada 24 días)
SYNJARDY 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG TABLET **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	$0 (Nivel 2)	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN MO	$0 (Nivel 2)	
TRADJENTA 5 MG TABLET MO	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	$0 (Nivel 2)	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	$0 (Nivel 2)	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	$0 (Nivel 2)	
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR MO	$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR MO	$0 (Nivel 2)	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE MO	$0 (Nivel 2)	

RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
carisoprodol 350 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
methocarbamol 500 mg, 750 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	

TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET DL,LA	$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	$0 (Nivel 2)	QL(12 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AIRSUPRA 90-80 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	$0 (Nivel 2)	QL(32.1 cada 30 días)
albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	
albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP MO	$0 (Nivel 1)	
albuterol sulfate 2.5 mg /3 ml (0.083 %) SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER MO	$0 (Nivel 1)	QL(36 cada 30 días)
alyq 20 mg TABLET MO	$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET DL	$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(120 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE MO	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	$0 (Nivel 2)	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	$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 30 días)
azelastine 137 mcg (0.1 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 25 días)
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE MO	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	$0 (Nivel 2)	QL(10.7 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml SUSPENSION FOR NEBULIZATION MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST MO	$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 20 días)
cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE MO	$0 (Nivel 1)	
cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	$0 (Nivel 1)	BvsD
diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION MO	$0 (Nivel 1)	
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR MO	$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 30 días)
FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 28 días)
flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	$0 (Nivel 1)	QL(50 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fluticasone propion-salmeterol 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation AEROSOL POWDER BREATH ACTIV. **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(16 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 1)	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(45 cada 30 días)
ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION **MO**	$0 (Nivel 1)	BvsD
KALYDECO 150 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
montelukast 10 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(0.4 cada 28 días)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE **DL,LA**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
OPSYNVI 10-20 MG, 10-40 MG TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	BvsD
roflumilast 250 mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(28 cada 365 días)
roflumilast 500 mcg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(30.6 cada 30 días)
tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	
theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	$0 (Nivel 1)	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE **MO**	$0 (Nivel 2)	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**	$0 (Nivel 2)	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**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(36 cada 30 días)
wixela inhub 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE **MO**	$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 10 mg, 20 mg TABLET **MO**	$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)

TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
betaine 1 gram/scoop POWDER **DL**	$0 (Nivel 1)	
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**	$0 (Nivel 2)	
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE **MO**	$0 (Nivel 2)	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 1)	
sapropterin 100 mg POWDER IN PACKET **DL**	$0 (Nivel 1)	PA
sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER **DL**	$0 (Nivel 1)	
sodium phenylbutyrate 500 mg TABLET **DL**	$0 (Nivel 2)	
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
STRENSIQ 40 MG/ML SOLUTION **DL**	$0 (Nivel 2)	PA
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE **DL**	$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
WELIREG 40 MG TABLET DL	$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEMAIRA 1,000 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA
ZEMAIRA 4,000 MG, 5,000 MG RECON SOLUTION DL	$0 (Nivel 2)	PA

MEDICAMENTOS CON RECETA QUE NO SON DE LA PARTE D

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
DRISDOL 1,250 MCG (50,000 UNIT) CAPSULE (*)	$0 (Nivel 3)	
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE (*)	$0 (Nivel 3)	
ORACIT 490-640 MG/5 ML SOLUTION (*)	$0 (Nivel 3)	
phytonadione (vitamin k1) 5 mg TABLET (*)	$0 (Nivel 3)	
promethazine-codeine 6.25-10 mg/5 ml SYRUP (*)	$0 (Nivel 3)	
pyridoxine (vitamin b6) 100 mg/ml SOLUTION (*)	$0 (Nivel 3)	
SODIUM BICARBONATE (BULK) POWDER (*)	$0 (Nivel 3)	
thiamine hcl (vitamin b1) 100 mg/ml SOLUTION (*)	$0 (Nivel 3)	
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE (*)	$0 (Nivel 3)	
vitamin k1 10 mg/ml SOLUTION (*)	$0 (Nivel 3)	

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
3-day vaginal 2 % CREAM	$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 120 mg SUPPOSITORY	$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SOLUTION	$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 160 mg/5 ml LIQUID	$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 325 mg, 500 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acid gone antacid 95-358 mg/15 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
acid gone antacid e.strength 160-105 mg CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
acid reducer (famotidine) 10 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
adult aspirin regimen 81 mg TABLET, DR/EC	$0 (Nivel 4)	
adult tussin chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	$0 (Nivel 4)	
all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION	$0 (Nivel 4)	QL(300 cada 30 días)
all day allergy (cetirizine) 10 mg CAPSULE	$0 (Nivel 4)	
all day allergy (cetirizine) 10 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
all day pain relief 220 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
all day relief 220 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
aller-g-time 25 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
allergy (diphenhydramine) 25 mg CAPSULE	$0 (Nivel 4)	
allergy (diphenhydramine) 25 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
allergy relief (cetirizine) 10 mg, 5 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
allergy relief (loratadine) 10 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml SOLUTION	$0 (Nivel 4)	
allergy relief(diphenhydramin) 12.5 mg/5 ml LIQUID	$0 (Nivel 4)	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg CAPSULE	$0 (Nivel 4)	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
almacone-2 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
altamist 0.65 % AEROSOL SPRAY	$0 (Nivel 4)	
alum-mag hydroxide-simeth 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
aluminum hydroxide gel 320 mg/5 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
antacid anti-gas 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
antacid exst (mag carb-al hyd) 160-105 mg CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
antacid ext str (calcium carb) 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
antacid extra-strength 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
antacid regular strength 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
anti-diarrheal (loperamide) 1 mg/7.5 ml LIQUID	$0 (Nivel 4)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg CAPSULE	$0 (Nivel 4)	
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
anti-nausea SOLUTION	$0 (Nivel 4)	
aspirin 325 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
aspirin 325 mg, 81 mg TABLET, DR/EC	$0 (Nivel 4)	
aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
aspirin,buffd-calcium carb-mag 325 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
AYR SALINE 0.65 % AEROSOL SPRAY	$0 (Nivel 4)	
b complex-vitamin c-folic acid 400 mcg TABLET ER	$0 (Nivel 4)	
BABY AYR SALINE 0.65 % DROPS	$0 (Nivel 4)	
banophen 25 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
banophen 25 mg, 50 mg CAPSULE	$0 (Nivel 4)	
bisacodyl 10 mg SUPPOSITORY	$0 (Nivel 4)	
bisacodyl 5 mg TABLET, DR/EC	$0 (Nivel 4)	
bismuth subsalicylate 262 mg CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
cal-gest antacid 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
calcidol 200 mcg/ml (8,000 unit/ml) DROPS	$0 (Nivel 4)	
calcium antacid 200 mg calcium (500 mg), 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
calcium carbonate 500 mg/5 ml (1,250 mg/5 ml) SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION	$0 (Nivel 4)	QL(300 cada 30 días)
cetirizine 10 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
cetirizine 10 mg, 5 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
cetirizine 5 mg/5 ml SOLUTION	$0 (Nivel 4)	
CHEST CONGESTION RELIEF 100 MG/5 ML LIQUID	$0 (Nivel 4)	
chest congestion relief dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	$0 (Nivel 4)	
child allergy relf(cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION	$0 (Nivel 4)	QL(300 cada 30 días)
child's all day allergy(cetir) 1 mg/ml SOLUTION	$0 (Nivel 4)	QL(300 cada 30 días)
children's acetaminophen 160 mg/5 ml LIQUID	$0 (Nivel 4)	
children's acetaminophen 160 mg/5 ml, 160 mg/5 ml (5 ml) SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
children's allergy (diphenhyd) 12.5 mg CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
children's allergy (diphenhyd) 12.5 mg/5 ml LIQUID	$0 (Nivel 4)	
children's allergy relief(lor) 5 mg CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
children's allergy relief(lor) 5 mg/5 ml SOLUTION	$0 (Nivel 4)	
children's aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
children's cetirizine 1 mg/ml SOLUTION	$0 (Nivel 4)	QL(300 cada 30 días)
children's cetirizine 10 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
children's loratadine 5 mg CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
children's mapap 80 mg CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
children's pain reliever 160 mg/5 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
children's pain-fever relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
children's saline nasal spray 0.65 % AEROSOL SPRAY	$0 (Nivel 4)	
chocolate laxative 15 mg CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
clearlax 17 gram POWDER IN PACKET	$0 (Nivel 4)	
clearlax 17 gram/dose POWDER	$0 (Nivel 4)	
clotrimazole 1 % CREAM	$0 (Nivel 4)	
clotrimazole-3 2 % CREAM	$0 (Nivel 4)	
COLACE 100 MG CAPSULE	$0 (Nivel 4)	
COLACE 2-IN-1 8.6-50 MG TABLET	$0 (Nivel 4)	
COLACE CLEAR 50 MG CAPSULE	$0 (Nivel 4)	
curae 1.5 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
deep sea nasal 0.65 % AEROSOL SPRAY	$0 (Nivel 4)	
dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml LIQUID	$0 (Nivel 4)	
dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml SYRUP	$0 (Nivel 4)	
dextrose 40 % GEL	$0 (Nivel 4)	
dialyvite 800 0.8 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
diphedryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	$0 (Nivel 4)	
diphenhydramine hcl 12.5 mg/5 ml LIQUID	$0 (Nivel 4)	
diphenhydramine hcl 25 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
diphenhydramine hcl 50 mg CAPSULE	$0 (Nivel 4)	
docusate calcium 240 mg CAPSULE	$0 (Nivel 4)	
docusate sodium 100 mg, 250 mg CAPSULE	$0 (Nivel 4)	
docusate sodium 283 mg/5 ml ENEMA	$0 (Nivel 4)	
docusate sodium 50 mg/5 ml LIQUID	$0 (Nivel 4)	
DOCUSOL KIDS 100 MG/5 ML ENEMA	$0 (Nivel 4)	
dok 100 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
driminate 50 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
econtra one-step 1.5 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
ed-apap 160 mg/5 ml LIQUID	$0 (Nivel 4)	
enema 19-7 gram/118 ml ENEMA	$0 (Nivel 4)	
enema disposable 19-7 gram/118 ml ENEMA	$0 (Nivel 4)	
ENEMEEZ 283 MG/5 ML ENEMA	$0 (Nivel 4)	
ENEMEEZ KIDS 100 MG/5 ML ENEMA	$0 (Nivel 4)	
ENEMEEZ PLUS 283-20 MG/5 ML ENEMA	$0 (Nivel 4)	
ergocalciferol (vitamin d2) 200 mcg/ml (8,000 unit/ml) DROPS	$0 (Nivel 4)	
famotidine 10 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
FEVERALL 120 MG, 325 MG, 80 MG SUPPOSITORY	$0 (Nivel 4)	
fiber (calcium polycarbophil) 625 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
fiber laxative (ca polycarbo) 625 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
fiber laxative(methylcellulos) 500 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR) 2 GRAM/19 GRAM POWDER	$0 (Nivel 4)	
fiber therapy (m-cellulose) 500 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
fiber-lax 625 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
FLEET ENEMA 19-7 GRAM/118 ML ENEMA	$0 (Nivel 4)	
FLEET GLYCERIN LAXATIVE 5.4 GRAM/5.4 ML SOLUTION	$0 (Nivel 4)	
FLEET PEDIATRIC 9.5-3.5 GRAM/59 ML ENEMA	$0 (Nivel 4)	
FOLIKA-BC 1 MG-60 MG- 300 MCG TABLET	$0 (Nivel 4)	
full spectrum b-vitamin c 0.8 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
gavilax 17 gram/dose POWDER	$0 (Nivel 4)	
gentle laxative (bisacodyl) 10 mg SUPPOSITORY	$0 (Nivel 4)	
gentle laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	$0 (Nivel 4)	
glucose gel 40 % GEL	$0 (Nivel 4)	
glycerin (adult) SUPPOSITORY	$0 (Nivel 4)	
glycerin (child) SUPPOSITORY	$0 (Nivel 4)	
guaifenesin 100 mg/5 ml LIQUID	$0 (Nivel 4)	
headache relief (asa-acet-caf) 250-250-65 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
healthylax 17 gram POWDER IN PACKET	$0 (Nivel 4)	
heartburn relief 254-237.5 mg/5 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
heartburn relief (famotidine) 10 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
her style 1.5 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
ibuprofen 200 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
infant pain reliever 160 mg/5 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
infant's acetaminophen 160 mg/5 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
infants' pain and fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	$0 (Nivel 4)	
laxative (sennosides) 15 mg, 25 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
levonorgestrel 1.5 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
loperamide 1 mg/7.5 ml LIQUID	$0 (Nivel 4)	
loratadine 10 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
loratadine 10 mg TABLET, DISINTEGRATING	$0 (Nivel 4)	
loratadine 5 mg/5 ml SOLUTION	$0 (Nivel 4)	
m-dryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	$0 (Nivel 4)	
m-pap 160 mg/5 ml LIQUID	$0 (Nivel 4)	
mag-al plus 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
mag-al plus extra strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
magnesium hydroxide 400 mg/5 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
magnesium oxide 400 mg (241.3 mg magnesium), 400 mg magnesium, 420 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
meclizine 12.5 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
meclizine 25 mg CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
miconazole nitrate 1,200-2 mg-% KIT	$0 (Nivel 4)	
miconazole nitrate 100 mg SUPPOSITORY	$0 (Nivel 4)	
miconazole nitrate 2 % CREAM	$0 (Nivel 4)	
miconazole-3 200 mg- 2 % (9 gram) KIT	$0 (Nivel 4)	
miconazole-3 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) COMBO PACK, PREFILL, CREAM	$0 (Nivel 4)	
miconazole-7 100 mg SUPPOSITORY	$0 (Nivel 4)	
miconazole-7 2 % CREAM	$0 (Nivel 4)	
migraine formula 250-250-65 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
migraine relief 250-250-65 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
milk of magnesia 400 mg/5 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
milk of magnesia concentrated 2,400 mg/10 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
mintox maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
mintox plus 200-200-25 mg CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
motion sickness 50 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
motion sickness (meclizine) 25 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
motion sickness relief 50 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
motion sickness relief(mecliz) 25 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
motion-time 25 mg CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
my choice 1.5 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
my way 1.5 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL	$0 (Nivel 4)	QL(2 cada 30 días)
naproxen sodium 220 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
NARCAN 4 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL	$0 (Nivel 4)	QL(2 cada 30 días)
nasal decongestant (pseudoeph) 30 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
nasal moisturizing 0.65 % AEROSOL SPRAY	$0 (Nivel 4)	
nasal spray (sodium chloride) 0.65 % AEROSOL SPRAY	$0 (Nivel 4)	
nausea relief SOLUTION	$0 (Nivel 4)	
nephro vitamins 0.8 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
NEPHRO-VITE 0.8 MG TABLET	$0 (Nivel 4)	
NEPHRONEX 900 MCG/5 ML LIQUID	$0 (Nivel 4)	
new day 1.5 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
nicotine 14 mg/24 hr, 21 mg/24 hr, 7 mg/24 hr PATCH, 24 HR.	$0 (Nivel 4)	
nicotine 21-14-7 mg/24 hr PATCH, TD DAILY, SEQUENTIAL	$0 (Nivel 4)	
nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg GUM	$0 (Nivel 4)	
nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg LOZENGE	$0 (Nivel 4)	
nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg MINI LOZENGE	$0 (Nivel 4)	
NUTRISOURCE FIBER PACKET	$0 (Nivel 4)	
NUTRISOURCE FIBER POWDER	$0 (Nivel 4)	
option-2 1.5 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
pain relief (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
pain relief es (acetaminophen) 500 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
pain reliever (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
pain reliever es(acetaminophn) 500 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
pain reliever plus 250-250-65 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
PEDIA-LAX 2.8 GRAM/2.7 ML SOLUTION	$0 (Nivel 4)	
pedia-lax stool softener 50 mg/15 ml SYRUP	$0 (Nivel 4)	
pinaway 50 mg/ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
pink bismuth 262 mg CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
pink bismuth 525 mg/15 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
pinworm treatment 50 mg/ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
polyethylene glycol 3350 17 gram POWDER IN PACKET	$0 (Nivel 4)	
polyethylene glycol 3350 17 gram/dose POWDER	$0 (Nivel 4)	
pseudoephedrine hcl 30 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
ready-to-use enema 19-7 gram/118 ml ENEMA	$0 (Nivel 4)	
reese's pinworm medicine 50 mg/ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
rena-vite 0.8 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
rena-vite rx 1-60-300 mg-mg-mcg TABLET	$0 (Nivel 4)	
renal vitamin 0.8 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
reno caps 1 mg CAPSULE	$0 (Nivel 4)	
saline mist 0.65 % AEROSOL SPRAY	$0 (Nivel 4)	
saline nasal 0.65 % AEROSOL SPRAY	$0 (Nivel 4)	
saline nasal mist 0.65 % AEROSOL SPRAY	$0 (Nivel 4)	
saline nose 0.65 % AEROSOL SPRAY	$0 (Nivel 4)	
senexon-s 8.6-50 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
senna 176 mg/5 ml, 8.8 mg/5 ml SYRUP	$0 (Nivel 4)	
senna 8.6 mg CAPSULE	$0 (Nivel 4)	
senna 8.6 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
senna lax 8.6 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
senna laxative 8.6 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
senna leaf extract 176 mg/5 ml SYRUP	$0 (Nivel 4)	
senna plus 8.6-50 mg CAPSULE	$0 (Nivel 4)	
senna plus 8.6-50 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
senna-s 8.6-50 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
senna-time s 8.6-50 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
sennosides 8.8 mg/5 ml SYRUP	$0 (Nivel 4)	
sennosides-docusate sodium 8.6-50 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
SENOKOT 8.6 MG TABLET	$0 (Nivel 4)	
SENOKOT 8.7 MG CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
SENOKOT EXTRA STRENGTH 17.2 MG TABLET	$0 (Nivel 4)	
SENOKOT KIDS 8.7 MG CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
SENOKOT-S 8.6-50 MG TABLET	$0 (Nivel 4)	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
smooth antacid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
sodium bicarbonate 325 mg, 650 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
SODIUM BICARBONATE (BULK) POWDER	$0 (Nivel 4)	
sodium citrate-citric acid 500-334 mg/5 ml SOLUTION	$0 (Nivel 4)	
SORBITOL 70 % SOLUTION	$0 (Nivel 4)	
stimulant laxative plus 8.6-50 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
stomach relief 262 mg CHEWABLE TABLET	$0 (Nivel 4)	
stomach relief 262 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
stomach relief 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml SUSPENSION	$0 (Nivel 4)	
stool softener 100 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
stool softener 100 mg, 250 mg CAPSULE	$0 (Nivel 4)	
stool softener (docusate cal) 240 mg CAPSULE	$0 (Nivel 4)	
stool softener-laxative 8.6-50 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
stool softener-stimulant laxat 8.6-50 mg CAPSULE	$0 (Nivel 4)	
stool softener-stimulant laxat 8.6-50 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
sudogest 30 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
suphedrin 30 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
tioconazole 6.5 % OINTMENT	$0 (Nivel 4)	
tioconazole-1 6.5 % OINTMENT	$0 (Nivel 4)	
tri-buffered aspirin 325 mg TABLET	$0 (Nivel 4)	
trueplus glucose 15 gram/32 ml GEL IN PACKET	$0 (Nivel 4)	
tusnel diabetic 10-100 mg/5 ml LIQUID	$0 (Nivel 4)	
tusnel-ex 100 mg/5 ml LIQUID	$0 (Nivel 4)	
tussin dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	$0 (Nivel 4)	
tussin dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	$0 (Nivel 4)	
tussin dm clear 10-100 mg/5 ml SYRUP	$0 (Nivel 4)	
tussin mucus-chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	$0 (Nivel 4)	
women's gentle laxative(bisac) 5 mg TABLET, DR/EC	$0 (Nivel 4)	

D. Índice de medicamentos

#

3-day vaginal 107

A

abacavir 90
abacavir-lamivudine 90
ABELCET 71
abigale 34
abigale lo 34
ABILIFY ASIMTUFII 87
ABILIFY MAINTENA 87
abiraterone 73
abirtega 73
ABRYSVO (PF) 45
acamprosate 26
acarbose 100
accutane 29
acebutolol 18
acetaminophen 107
acetaminophen-codeine 56
acetazolamide 18
acetic acid 60
acetylcysteine 53, 103
acid gone antacid 108
acid gone antacid e.strength 108
acid reducer (famotidine) 108
acitretin 29
ACTHIB (PF) 45
ACTIMMUNE 45
acyclovir 90
acyclovir sodium 90
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 45
ADALIMUMAB-ADAZ 45
ADALIMUMAB-ADBM 45
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS 45
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV 45
adapalene 29
ADCETRIS 73
adefovir 90
ADEMPAS 103
ADRIAMYCIN 74
ADSTILADRIN 53
adult aspirin regimen 108
adult tussin chest congestion 108
ADVAIR HFA 103
afirmelle 34
AIRSUPRA 104
AKEEGA 74
albendazole 86
albuterol sulfate 104
ALCAINE 50
ALCOHOL PADS 53
ALCOHOL PREP PADS 53
ALCOHOL SWABS 53
ALCOHOL WIPES 53
ALECENSA 74
alendronate 25
alfuzosin 33
ALIQOPA 74
aliskiren 18
all day allergy (cetirizine) 108
all day pain relief 108
all day relief 108

aller-g-time 108
allergy (diphenhydramine) 108
allergy relief (cetirizine) 108
allergy relief (loratadine) 108
allergy relief(diphenhydramin) 108
allopurinol 16
almacone-2 108
alosetron 32
alprazolam 59
altamist 108
altavera (28) 34
alum-mag hydroxide-simeth 108
aluminum hydroxide gel 108
ALUNBRIG 74
alyacen 1/35 (28) 34
alyacen 7/7/7 (28) 34
alyq 104
amabelz 34
amantadine hcl 17
ambrisentan 104
amikacin 60
amiloride 18
amiloride-hydrochlorothiazide 18
aminophylline 104
AMINOSYN II 10 % 94
amiodarone 18
amitriptyline 68
amlodipine 18
amlodipine-benazepril 18
amlodipine-valsartan 19
ammonium lactate 29
amnesteem 29
amoxapine 68
amoxicillin 60
amoxicillin-pot clavulanate 60
amphotericin b 71
amphotericin b liposome 71
ampicillin 60
ampicillin sodium 60
ampicillin-sulbactam 60
anagrelide 98
anastrozole 74
ANKTIVA 74
antacid (calcium carbonate) 108
antacid anti-gas 108
antacid exst (mag carb-al hyd) 108
antacid ext str (calcium carb) 108
antacid extra-strength 108
antacid regular strength 108
antacid-antigas 108
anti-diarrheal (loperamide) 108, 109
anti-nausea 109
apraclonidine 50
aprepitant 70
apri 34
APTIOM 65
APTIVUS 90
aranelle (28) 34
ARCALYST 45
AREXVY (PF) 45
arformoterol 104
ARIKAYCE 60
aripiprazole 87
ARISTADA 87
ARISTADA INITIO 87
ARMOUR THYROID 42

ARNUITY ELLIPTA 104
ARRANON 74
arsenic trioxide 74
asenapine maleate 87
ASPARLAS 74
aspirin 109
aspirin,buffd-calcium carb-mag 109
aspirin-dipyridamole 98
atazanavir 90, 91
atenolol 19
atenolol-chlorthalidone 19
atomoxetine 27
atorvastatin 19
atovaquone 86
atovaquone-proguanil 86
atropine 50
ATROPINE SULFATE (PF) 50
ATROVENT HFA 104
aubra 34
aubra eq 35
AUGTYRO 74
aurovela 1.5/30 (21) 35
aurovela 1/20 (21) 35
aurovela 24 fe 35
aurovela fe 1-20 (28) 35
aurovela fe 1.5/30 (28) 35
AUSTEDO 27
AUSTEDO XR 27
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 27
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE 53
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS 53
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS 53
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 53
AUVELITY 68
AUVI-Q 104
aviane 35
AVMAPKI-FAKZYNJA 74
AXTLE 74
AYR SALINE 109
ayuna 35
AYVAKIT 74
azacitidine 74
azathioprine 45
azelastine 50, 104
azithromycin 60
aztreonam 60
azurette (28) 35

B

b complex-vitamin c-folic acid 109
BABY AYR SALINE 109
bacitracin 50, 61
bacitracin-polymyxin b 50
baclofen 16
bal-care dha 94
balsalazide 26
BALVERSA 74
BAND-AID GAUZE PADS 53
banophen 109
BAQSIMI 100
BARACLUDE 91
BAVENCIO 74
BCG VACCINE, LIVE (PF) 45
BD ALCOHOL SWABS 53
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 53
BD ECLIPSE LUER-LOK 53
BD INSULIN SYRINGE 53

BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 53
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 53
BD INSULIN SYRINGE U-500 53
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 53
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 53
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 53
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 54
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 54
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 54
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 54
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 54
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 54
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 54
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 54
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 54
BELEODAQ 74
BELSOMRA 52
benazepril 19
benazepril-hydrochlorothiazide 19
bendamustine 74
BENLYSTA 45
benztropine 17
BESPONSA 74
BESREMI 45
betaine 106
betamethasone dipropionate 29
betamethasone valerate 29
betamethasone, augmented 30
BETASERON 27
betaxolol 50
bethanechol chloride 33
bexarotene 74
BEXSERO 45
bicalutamide 74
BICILLIN C-R 61
BICILLIN L-A 61
BICNU 74
BIKTARVY 91
bisacodyl 109
bismuth subsalicylate 109
bisoprolol fumarate 19
bisoprolol-hydrochlorothiazide 19
BIZENGRI 74
bleomycin 74
blisovi 24 fe 35
blisovi fe 1.5/30 (28) 35
blisovi fe 1/20 (28) 35
BOOSTRIX TDAP 45
BORDERED GAUZE 54
BORTEZOMIB 74
BOSULIF 75
BRAFTOVI 75
BREO ELLIPTA 104
BREZTRI AEROSPHERE 104
BRILINTA 98
brimonidine 50
brivaracetam 65
BRIVIACT 65
bromocriptine 17
BRUKINSA 75
budesonide 26, 104
bumetanide 19
buprenorphine 56
buprenorphine hcl 26
buprenorphine-naloxone 26
bupropion hcl 69

bupropion hcl (smoking deter) 26
buspirone 59
busulfan 75
BUSULFEX 75
butalbital-acetaminophen-caff 54

C

c-nate dha 94
CABENUVA 91
cabergoline 43
CABOMETYX 75
cal-gest antacid 109
calcidol 109
calcipotriene 30
calcitonin (salmon) 25
calcitriol 25
calcium antacid 109
calcium carbonate 109
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 75
camila 35
camrese lo 35
candesartan 19
candesartan-hydrochlorothiazid 19
CAPLYTA 87
CAPRELSA 75
captopril 19
captopril-hydrochlorothiazide 19
carbamazepine 65
carbidopa-levodopa 17
carbidopa-levodopa-entacapone 18
carboplatin 75
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 54
carglumic acid 94
carisoprodol 103
carmustine 75
carteolol 50
cartia xt 19
carvedilol 19
caspofungin 71
CAYSTON 104
cefaclor 61
cefadroxil 61
cefazolin 61
cefazolin in dextrose (iso-os) 61
cefdinir 61
cefepime 61
cefixime 61
cefotetan 61
cefoxitin 61
cefoxitin in dextrose, iso-osm 61
cefpodoxime 61
cefprozil 61
ceftazidime 61
ceftriaxone 61
cefuroxime axetil 61
cefuroxime sodium 61
cephalexin 61, 62
cetirizine 104, 109
chateal eq (28) 35
CHEMET 94
CHEST CONGESTION RELIEF 109
chest congestion relief dm 109
child allergy relf(cetirizine) 109
child's all day allergy(cetir) 109
children's acetaminophen 109
children's allergy (diphenhyd) 109
children's allergy relief(lor) 109, 110

children's aspirin 110
children's cetirizine 110
children's loratadine 110
children's mapap 110
children's pain reliever 110
children's pain-fever relief 110
children's saline nasal spray 110
chloramphenicol sod succinate 62
chlorhexidine gluconate 29
chloroquine phosphate 86
chlorothiazide sodium 19
chlorpromazine 87, 88
chlorthalidone 19
chocolate laxative 110
cholestyramine (with sugar) 19
cholestyramine light 19
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN 41
ciclodan 71
ciclopirox 71
cilostazol 98
CIMDUO 91
cimetidine 32
cimetidine hcl 32
cinacalcet 25
ciprofloxacin hcl 50, 62
ciprofloxacin in 5 % dextrose 62
cisplatin 75
citalopram 69
cladribine 75
claravis 30
clarithromycin 62
clearlax 110
clindamycin hcl 62
clindamycin in 0.9 % sod chlor 62
clindamycin in 5 % dextrose 62
clindamycin palmitate hcl 62
clindamycin pediatric 62
clindamycin phosphate 30, 62
clindamycin-benzoyl peroxide 30
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 94
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 94
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 94
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 94
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 94
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 95
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 95
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 95
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 95
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 95
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 95
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 95
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 95
CLINOLIPID 95
clobazam 65
clobetasol 30
clobetasol-emollient 30
clofarabine 75
CLOLAR 75
clomipramine 69
clonazepam 59
clonidine 19
clonidine hcl 19
clopidogrel 98
clorazepate dipotassium 59
clotrimazole 71, 72, 110
clotrimazole-3 110

clotrimazole-betamethasone 72
clozapine 88
COARTEM 86
COBENFY 54
COBENFY STARTER PACK 54
COLACE 110
COLACE 2-IN-1 110
COLACE CLEAR 110
colchicine 16
colestipol 20
colistin (colistimethate na) 62
COLUMVI 75
COMBIGAN 50
COMBIPATCH 35
COMBIVENT RESPIMAT 104
COMETRIQ 75
COMPLERA 91
complete natal dha 95
compro 70
conjugated estrogens 35
constulose 32
COPAXONE 27
COPIKTRA 75
COSENTYX 45, 46
COSENTYX (2 SYRINGES) 46
COSENTYX PEN 46
COSENTYX PEN (2 PENS) 46
COSENTYX UNOREADY PEN 46
COSMEGEN 75
COTELLIC 75
CREON 106
cromolyn 50, 104
cryselle (28) 35
curae 110
CURITY ALCOHOL SWABS 54
CURITY GAUZE 54
cyclobenzaprine 103
cyclophosphamide 75
cyclosporine 46, 50
cyclosporine modified 46
CYRAMZA 75
cyred 35
cyred eq 35
CYSTAGON 106
CYSTARAN 50
cytarabine 75
cytarabine (pf) 76

D

d10 %-0.45 % sodium chloride 95
d2.5 %-0.45 % sodium chloride 95
d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr 95
d5 % and 0.9 % sodium chloride 95
d5 %-0.45 % sodium chloride 95
dacarbazine 76
dactinomycin 76
dalfampridine 27
danazol 35
dantrolene 16
DANYELZA 76
DANZITEN 76
dapsone 73
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 46
daptomycin 62
daptomycin in 0.9 % sod chlor 62
darifenacin 33
darunavir 91

DARZALEX 76
DARZALEX FASPRO 76
dasatinib 76
dasetta 1/35 (28) 35
dasetta 7/7/7 (28) 35
DATROWAY 76
daunorubicin 76
DAURISMO 76
deblitane 35
decitabine 76
deep sea nasal 110
deferasirox 95
DELSTRIGO 91
DENGVAXIA (PF) 46
DEPO-ESTRADIOL 35
DEPO-SUBQ PROVERA 104 35
DERMACEA 54
DESCOVY 91
desipramine 69
desmopressin 41
desog-e.estradiol/e.estradiol 35
desvenlafaxine succinate 69
dexamethasone 41
dexamethasone intensol 41
dexamethasone sodium phos (pf) 41
dexamethasone sodium phosphate 41, 50
dexmethylphenidate 27
dexrazoxane hcl 76
dextroamphetamine sulfate 27
dextroamphetamine-amphetamine 28
dextromethorphan-guaifenesin 110
dextrose 110
dextrose 10 % and 0.2 % nacl 95
dextrose 10 % in water (d10w) 95
dextrose 5 % in water (d5w) 95
dextrose 5%-0.2 % sod chloride 95
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride 95
DIACOMIT 65
dialyvite 800 110
diazepam 59, 65
diazepam intensol 59
diazoxide 100
diclofenac potassium 56
diclofenac sodium 50, 57
dicloxacillin 62
dicyclomine 32
didanosine 91
DIFICID 62
digitek 20
digoxin 20
dihydroergotamine 17
dilt-xr 20
diltiazem hcl 20
dimethyl fumarate 28
diphedryl 110
diphenhydramine hcl 104, 110
diphenoxylate-atropine 32
disulfiram 26
DIURIL 20
divalproex 65
docetaxel 76
docusate calcium 110
docusate sodium 110
DOCUSOL KIDS 110
dofetilide 20
dok 110

donepezil 15
dorzolamide 50
dorzolamide-timolol 50
dotti 35
DOVATO 91
doxazosin 20
doxepin 59
doxercalciferol 25
doxorubicin 76
doxorubicin, peg-liposomal 76
doxy-100 62
doxycycline hyclate 62
doxycycline monohydrate 62
driminate 110
DRISDOL 107
DRIZALMA SPRINKLE 28
dronabinol 70
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) 54
DROPLET INSULIN SYRINGE 54, 55
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 55
DROPLET PEN NEEDLE 55
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS 55
DROPSAFE PEN NEEDLE 55
drospirenone-ethinyl estradiol 35
DROXIA 55
DUAVEE 35
duloxetine 28
DUPIXENT PEN 46
DUPIXENT SYRINGE 46
dutasteride 33
dutasteride-tamsulosin 34

E

EASY COMFORT ALCOHOL PAD 55
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS 55
econtra one-step 111
ed-apap 111
EDURANT 91
EDURANT PED 91
efavirenz 91
efavirenz-emtricitabin-tenofov 91
efavirenz-lamivu-tenofov disop 91
EGRIFTA SV 41
EGRIFTA WR 41
ELAHERE 76
electrolyte-148 95
electrolyte-48 in d5w 95
electrolyte-a 95
ELELYSO 106
ELIGARD (3 MONTH) 43
elinest 35
ELIQUIS 98
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 98
ELIQUIS SPRINKLE 98
ELMIRON 34
ELREXFIO 76
eluryng 36
ELZONRIS 76
EMCYT 76
EMGALITY PEN 17
EMGALITY SYRINGE 17
EMPLICITI 76
EMRELIS 76
EMSAM 69
emtricita-rilpivirine-tenof df 91
emtricitabine 91
emtricitabine-tenofovir (tdf) 91

EMTRIVA ... 91
emzahh ... 36
enalapril maleate ... 20
enalapril-hydrochlorothiazide ... 20
endocet ... 57
enema ... 111
enema disposable ... 111
ENEMEEZ ... 111
ENEMEEZ KIDS ... 111
ENEMEEZ PLUS ... 111
ENGERIX-B (PF) ... 46
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) ... 46
ENHERTU ... 76
enilloring ... 36
enoxaparin ... 98, 99
enpresse ... 36
enskyce ... 36
entacapone ... 18
entecavir ... 91
ENTRESTO ... 20
ENTRESTO SPRINKLE ... 20
enulose ... 32
ENVARSUS XR ... 46
EPCLUSA ... 91
EPIDIOLEX ... 65
epinephrine ... 104
epirubicin ... 76
epitol ... 65
EPKINLY ... 76
EPRONTIA ... 66
ERBITUX ... 76
ergocalciferol (vitamin d2) ... 107, 111
ergotamine-caffeine ... 17
eribulin ... 76
ERIVEDGE ... 77
ERLEADA ... 77
erlotinib ... 77
errin ... 36
ertapenem ... 63
ery pads ... 30
ERYTHROCIN ... 63
erythromycin ... 50, 63
erythromycin lactobionate ... 63
erythromycin with ethanol ... 30
escitalopram oxalate ... 69
eslicarbazepine ... 66
esomeprazole magnesium ... 32
estarylla ... 36
estradiol ... 36
estradiol valerate ... 36
estradiol-norethindrone acet ... 36
eszopiclone ... 52
ethambutol ... 73
ethosuximide ... 66
ethynodiol diac-eth estradiol ... 36
etodolac ... 57
etonogestrel-ethinyl estradiol ... 36
ETOPOPHOS ... 77
etoposide ... 77
etravirine ... 91
EULEXIN ... 77
everolimus (antineoplastic) ... 77
everolimus (immunosuppressive) ... 46
EVOMELA ... 77
EVOTAZ ... 91
exemestane ... 77

EXKIVITY 77
EXXUA 69
EYSUVIS 50
ezetimibe 20

F

falmina (28) 36
famciclovir 91
famotidine 32, 111
famotidine (pf) 32
famotidine (pf)-nacl (iso-os) 32
FANAPT 88
FANAPT TITRATION PACK A 88
FANAPT TITRATION PACK B 88
FANAPT TITRATION PACK C 88
FASENRA PEN 104
febuxostat 16
feirza 36
felbamate 66
felodipine 20
FEMLYV 36
fenofibrate 20
fenofibrate micronized 20
fenofibrate nanocrystallized 20
fentanyl 57
fentanyl citrate 57
fentanyl citrate (pf) 57
fesoterodine 34
FETZIMA 69
FEVERALL 111
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100
FIASP U-100 INSULIN 100
fiber (calcium polycarbophil) 111
fiber laxative (ca polycarbo) 111
fiber laxative(methylcellulos) 111
FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR) 111
fiber therapy (m-cellulose) 111
fiber-lax 111
fidaxomicin 63
finasteride 34
fingolimod 28
FINTEPLA 66
FIRDAPSE 28
FIRMAGON 43
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 43
flecainide 20
FLEET ENEMA 111
FLEET GLYCERIN LAXATIVE 111
FLEET PEDIATRIC 111
fluconazole 72
fluconazole in nacl (iso-osm) 72
flucytosine 72
fludarabine 77
fludrocortisone 41
flunisolide 104
fluocinolone 30
fluocinolone acetonide oil 15
fluocinolone and shower cap 30
fluorometholone 50
fluorouracil 30, 77
fluoxetine 69
fluphenazine decanoate 88
fluphenazine hcl 88
flurbiprofen 57
flurbiprofen sodium 50
fluticasone propion-salmeterol 104, 105

fluticasone propionate 30, 105
fluvastatin 20
fluvoxamine 69
FOLIKA-BC 111
FOLOTYN 77
FORTEO 25
fosamprenavir 91
fosinopril 20
fosinopril-hydrochlorothiazide 20
fosphenytoin 66
FOTIVDA 77
FRUZAQLA 77
full spectrum b-vitamin c 111
furosemide 20
FUZEON 92
FYARRO 77
FYCOMPA 66

G

gabapentin 66
galantamine 15
gallifrey 36
GAMUNEX-C 46
GARDASIL 9 (PF) 46
GAUZE BANDAGE 55
GAUZE PAD 55
gavilax 111
gavilyte-c 32
gavilyte-g 32
gavilyte-n 32
GAVRETO 77
GAZYVA 77
gefitinib 77
gemcitabine 77
gemfibrozil 21
generlac 32
gentamicin 50, 63
gentamicin in nacl (iso-osm) 63
gentle laxative (bisacodyl) 111
GENVOYA 92
GILOTRIF 77
glatiramer 28
glatopa 28
GLEOSTINE 77
glimepiride 100
glipizide 100
glipizide-metformin 100
glucose gel 111
glyburide 100
glyburide micronized 100
glyburide-metformin 100
glycerin (adult) 111
glycerin (child) 111
glycopyrrolate 32
GLYXAMBI 100
GOMEKLI 77
GRAFAPEX 77
granisetron hcl 70
griseofulvin microsize 72
griseofulvin ultramicrosize 72
guaifenesin 111
guanfacine 21, 28

H

HAEGARDA 46
hailey 36
hailey 24 fe 36
hailey fe 1.5/30 (28) 36

hailey fe 1/20 (28) ... 36
HALAVEN ... 78
haloette ... 36
haloperidol ... 88
haloperidol decanoate ... 88
haloperidol lactate ... 88
HAVRIX (PF) ... 46
headache relief (asa-acet-caf) ... 111
healthylax ... 111
heartburn relief ... 111
heartburn relief (famotidine) ... 111
heather ... 36
heparin (porcine) ... 99
heparin, porcine (pf) ... 99
HEPLISAV-B (PF) ... 46
her style ... 111
HERNEXEOS ... 78
HIBERIX (PF) ... 46
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 ... 100
HUMALOG KWIKPEN INSULIN ... 100
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN ... 100
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN ... 100
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN ... 100
HUMALOG U-100 INSULIN ... 101
HUMATIN ... 63
HUMIRA ... 47
HUMIRA PEN ... 47
HUMIRA(CF) ... 47
HUMIRA(CF) PEN ... 47
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS ... 47
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC ... 47
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS ... 47
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN ... 101
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN ... 101
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN ... 101
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN ... 101
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN ... 101
hydralazine ... 21
hydrochlorothiazide ... 21
hydrocodone-acetaminophen ... 57
hydrocodone-ibuprofen ... 57
hydrocortisone ... 26, 30, 31
hydrocortisone-acetic acid ... 15
hydromorphone ... 57
hydroxychloroquine ... 87
hydroxyurea ... 78
hydroxyzine hcl ... 59
hydroxyzine pamoate ... 105
HYFTOR ... 31

I

ibandronate ... 25
IBRANCE ... 78
IBTROZI ... 78
ibu ... 57
ibuprofen ... 57, 111
icatibant ... 47
iclevia ... 36
ICLUSIG ... 78
idarubicin ... 78
IDHIFA ... 78
ifosfamide ... 78
ILEVRO ... 51
imatinib ... 78
IMBRUVICA ... 78
IMDELLTRA ... 78
IMFINZI ... 78

imipenem-cilastatin ... 63
imipramine hcl ... 69
imipramine pamoate ... 69
imiquimod ... 31
IMJUDO ... 78
IMKELDI ... 78
IMLYGIC ... 78
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) ... 47
INBRIJA ... 18
incassia ... 36
INCONTROL ALCOHOL PADS ... 55
INCRELEX ... 41
indapamide ... 21
indomethacin ... 57
INFANRIX (DTAP) (PF) ... 47
infant pain reliever ... 112
infant's acetaminophen ... 112
infants' pain and fever ... 112
INLEXZO ... 78
INLURIYO ... 78
INLYTA ... 78
INQOVI ... 78
INREBIC ... 78
INSULIN LISPRO ... 101
INSULIN SYRINGE ... 55
INSULIN SYRINGE MICROFINE ... 55
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 ... 55
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE ... 55
INTELENCE ... 92
INTRALIPID ... 95
introvale ... 36
INVEGA HAFYERA ... 88
INVEGA SUSTENNA ... 88
INVEGA TRINZA ... 89
INVOKAMET ... 101
INVOKAMET XR ... 101
INVOKANA ... 101
IONOSOL-MB IN D5W ... 95
IPOL ... 47
ipratropium bromide ... 105
ipratropium-albuterol ... 105
irbesartan ... 21
irbesartan-hydrochlorothiazide ... 21
irinotecan ... 78
ISENTRESS ... 92
ISENTRESS HD ... 92
isibloom ... 36
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE ... 95
ISOLYTE-S ... 95
isoniazid ... 73
isosorbide dinitrate ... 21
isosorbide mononitrate ... 21
isosorbide-hydralazine ... 21
isotretinoin ... 31
ISTODAX ... 78
ITOVEBI ... 78, 79
itraconazole ... 72
IV PREP WIPES ... 55
ivermectin ... 87
IVRA ... 79
IWILFIN ... 79
IXEMPRA ... 79
IXIARO (PF) ... 47

J

JAKAFI ... 79
jantoven ... 99

JANUMET 101
JANUMET XR 101
JANUVIA 101
JARDIANCE 101
jasmiel (28) 36
JAYPIRCA 79
JEMPERLI 79
jencycla 36
JENTADUETO 101
JENTADUETO XR 101
JEVTANA 79
juleber 36
JULUCA 92
junel 1.5/30 (21) 37
junel 1/20 (21) 37
junel fe 1.5/30 (28) 37
junel fe 1/20 (28) 37
junel fe 24 37
JYLAMVO 47
JYNNEOS (PF) 47

K

KABIVEN 96
KADCYLA 79
KALETRA 92
kalliga 37
KALYDECO 105
KANJINTI 79
kariva (28) 37
kelnor 1/35 (28) 37
kelnor 1/50 (28) 37
KERENDIA 21
KESIMPTA PEN 28
ketoconazole 72
ketorolac 51, 57
KEYTRUDA 79
KEYTRUDA QLEX 79
KIMMTRAK 79
KINRIX (PF) 47
kionex (with sorbitol) 96
KISQALI 79
KISQALI FEMARA CO-PACK 79
klayesta 72
klor-con 10 96
KLOR-CON 8 96
klor-con m10 96
KLOR-CON M15 96
klor-con m20 96
KLOXXADO 26
KOSELUGO 79
KRAZATI 79
kurvelo (28) 37
KYPROLIS 79

L

l norgest/e.estradiol-e.estrad 37
labetalol 21
lacosamide 66
lactated ringers 55, 96
lactulose 32
lamivudine 92
lamivudine-zidovudine 92
lamotrigine 66
LAMPIT 87
lanreotide 43
lansoprazole 32
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 101
LANTUS U-100 INSULIN 101

lapatinib ... 79
larin 1.5/30 (21) ... 37
larin 1/20 (21) ... 37
larin 24 fe ... 37
larin fe 1.5/30 (28) ... 37
larin fe 1/20 (28) ... 37
latanoprost ... 51
laxative (bisacodyl) ... 112
laxative (sennosides) ... 112
LAZCLUZE ... 79
leena 28 ... 37
leflunomide ... 47
lenalidomide ... 79
LENVIMA ... 80
lessina ... 37
letrozole ... 80
leucovorin calcium ... 80
LEUKERAN ... 80
leuprolide ... 43
leuprolide acetate (3 month) ... 43
levetiracetam ... 66
levetiracetam in nacl (iso-os) ... 66
LEVO-T ... 42
levobunolol ... 51
levocarnitine ... 96
levocarnitine (with sugar) ... 96
levocetirizine ... 105
levofloxacin ... 63
levofloxacin in d5w ... 63
levoleucovorin calcium ... 80
levonest (28) ... 37
levonorg-eth estrad triphasic ... 37
levonorgestrel ... 112
levonorgestrel-ethinyl estrad ... 37
levora-28 ... 37
levothyroxine ... 42
LEVOXYL ... 43
LEXIVA ... 92
LIBERVANT ... 66
LIBTAYO ... 80
lidocaine ... 59
lidocaine hcl ... 59
lidocaine viscous ... 59
lidocaine-prilocaine ... 59
linagliptin-metformin ... 101
lincomycin ... 63
linezolid ... 63
linezolid in dextrose 5% ... 63
linezolid-0.9% sodium chloride ... 63
LINZESS ... 32
liomny ... 43
liothyronine ... 43
lisinopril ... 21
lisinopril-hydrochlorothiazide ... 21
lithium carbonate ... 52
lithium citrate ... 52
LIVTENCITY ... 92
lo-zumandimine (28) ... 37
LOCOID LIPOCREAM ... 31
LOESTRIN 1.5/30 (21) ... 37
LOESTRIN 1/20 (21) ... 37
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) ... 37
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) ... 37
lojaimiess ... 37
LOKELMA ... 96
lomustine ... 80

LONSURF 80
loperamide 32, 112
lopinavir-ritonavir 92
LOQTORZI 80
loratadine 112
lorazepam 59, 60
lorazepam intensol 60
LORBRENA 80
loryna (28) 37
losartan 21
losartan-hydrochlorothiazide 21
lovastatin 21
low-ogestrel (28) 37
loxapine succinate 89
lubiprostone 32
luizza 38
LUMAKRAS 80
LUMIGAN 51
LUNSUMIO 80
LUPRON DEPOT 43
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 44
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 44
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 44
LUPRON DEPOT-PED 44
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 44
lurasidone 89
lurbipr 57
lutera (28) 38
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 44
LYBALVI 89
lyleq 38
lyllana 38
LYNOZYFIC 80
LYNPARZA 80
LYSODREN 80
LYTGOBI 80
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN 101
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN 101
LYUMJEV U-100 INSULIN 101
lyza 38

M

m-dryl 112
M-M-R II (PF) 47
m-natal plus 96
m-pap 112
mag-al plus 112
mag-al plus extra strength 112
magnesium hydroxide 112
magnesium oxide 112
magnesium sulfate 96
magnesium sulfate in d5w 96
malathion 31
maraviroc 92
MARGENZA 80
marlissa (28) 38
MARPLAN 69
MATULANE 80
meclizine 70, 71, 112
medroxyprogesterone 38
mefloquine 87
megestrol 38
MEKINIST 80
MEKTOVI 81
meleya 38
meloxicam 57
melphalan 81

melphalan hcl ... 81
memantine ... 15
MENACTRA (PF) ... 47
MENEST ... 38
MENQUADFI (PF) ... 47
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) ... 47
mercaptopurine ... 81
meropenem ... 63
meropenem-0.9% sodium chloride ... 63
mesalamine ... 26
mesna ... 81
MESNEX ... 81
metformin ... 101, 102
methadone ... 58
methazolamide ... 51
methenamine hippurate ... 63
methimazole ... 44
methocarbamol ... 103
methotrexate sodium ... 47
methotrexate sodium (pf) ... 47
methsuximide ... 67
methyldopa ... 21
methyldopa-hydrochlorothiazide ... 21
methylphenidate hcl ... 28
methylprednisolone ... 41, 42
methylprednisolone acetate ... 42
methylprednisolone sodium succ ... 42
metoclopramide hcl ... 71
metolazone ... 21
metoprolol succinate ... 21
metoprolol ta-hydrochlorothiaz ... 22
metoprolol tartrate ... 22
metronidazole ... 63
metronidazole in nacl (iso-os) ... 63
metyrosine ... 22
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL ... 72
miconazole nitrate ... 112
miconazole-3 ... 72, 112
miconazole-7 ... 112
microgestin 1.5/30 (21) ... 38
microgestin 1/20 (21) ... 38
microgestin fe 1.5/30 (28) ... 38
microgestin fe 1/20 (28) ... 38
midodrine ... 22
mifepristone ... 55
migraine formula ... 112
migraine relief ... 112
mili ... 38
milk of magnesia ... 112
milk of magnesia concentrated ... 112
minocycline ... 63
minoxidil ... 22
mintox maximum strength ... 112
mintox plus ... 112
MIRENA ... 55
mirtazapine ... 69
misoprostol ... 32
mitomycin ... 81
mitoxantrone ... 81
modafinil ... 52
MODEYSO ... 81
moexipril ... 22
molindone ... 89
mometasone ... 31
mondoxyne nl ... 64
mono-linyah ... 38

montelukast 105
morphine 58
morphine concentrate 58
motion sickness 113
motion sickness (meclizine) 113
motion sickness relief 113
motion sickness relief(mecliz) 113
motion-time 113
MOUNJARO 102
MOVANTIK 32
moxifloxacin 51, 64
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 64
MRESVIA (PF) 47
MULTAQ 22
mupirocin 31
MUTAMYCIN 81
MVASI 81
my choice 113
my way 113
mycophenolate mofetil 47
mycophenolate mofetil (hcl) 47
mycophenolate sodium 47
MYLOTARG 81
MYRBETRIQ 34

N

nabumetone 58
nafcillin 64
nafcillin in dextrose iso-osm 64
naloxone 26, 113
naltrexone 26
NAMZARIC 15
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 55
NANO PEN NEEDLE 55
naproxen 58
naproxen sodium 58, 113
naratriptan 17
NARCAN 113
nasal decongestant (pseudoeph) 113
nasal moisturizing 113
nasal spray (sodium chloride) 113
NATACYN 51
nateglinide 102
nausea relief 113
NAYZILAM 67
nebivolol 22
necon 0.5/35 (28) 38
nefazodone 69
nelarabine 81
neo-vital rx 96
neomycin 64
neomycin-bacitracin-poly-hc 51
neomycin-bacitracin-polymyxin 51
neomycin-polymyxin b-dexameth 51
neomycin-polymyxin-gramicidin 51
neomycin-polymyxin-hc 15, 51
NEONATAL COMPLETE 96
NEONATAL PLUS VITAMIN 96
NEONATAL-DHA 96
nephro vitamins 113
NEPHRO-VITE 113
NEPHRONEX 113
NERLYNX 81
nevirapine 92
new day 113
NEXLETOL 22
NEXLIZET 22

NEXPLANON 38
niacin 22
niacor 22
nicotine 113
nicotine (polacrilex) 113
NICOTROL NS 26
nifedipine 22
nikki (28) 38
nilotinib d-tartrate 81
nilotinib hcl 81
nilutamide 81
nimodipine 22
NINLARO 81
nitazoxanide 87
nitisinone 106
nitrofurantoin macrocrystal 64
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 64
nitroglycerin 22, 55
NITROSTAT 22
NIVESTYM 99
nizatidine 33
NORA-BE 38
norelgestromin-ethin.estradiol 38
noreth-ethinyl estradiol-iron 38
norethindrone (contraceptive) 38
norethindrone ac-eth estradiol 38
norethindrone acetate 38
norethindrone-e.estradiol-iron 39
norgestimate-ethinyl estradiol 39
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE 96
nortrel 0.5/35 (28) 39
nortrel 1/35 (21) 39
nortrel 1/35 (28) 39
nortrel 7/7/7 (28) 39
nortriptyline 69
NORVIR 92
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 102
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 102
NOVOLIN N FLEXPEN 102
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 102
NOVOLIN R FLEXPEN 102
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 102
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 102
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN 102
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 102
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 102
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 102
NOVOPEN ECHO 55
np thyroid 43
NUBEQA 81
NUCALA 105
NUEDEXTA 28
NUPLAZID 89
NUTRILIPID 96
NUTRISOURCE FIBER 113
nyamyc 72
nylia 1/35 (28) 39
nylia 7/7/7 (28) 39
nystatin 72
nystatin-triamcinolone 72
nystop 72

O

ocella 39
octreotide acetate 44
octreotide,microspheres 44
ODEFSEY 92

ODOMZO 81
OFEV 105
ofloxacin 15, 51, 64
OGSIVEO 81
OJEMDA 81
OJJAARA 81
olanzapine 89
olmesartan 22
olmesartan-hydrochlorothiazide 22
olopatadine 51
omega-3 acid ethyl esters 22
omeprazole 33
OMNITROPE 41
ONCASPAR 81
ondansetron 71
ondansetron hcl 71
ondansetron hcl (pf) 71
one natal rx 96
ONIVYDE 81
ONUREG 81
OPDIVO 81
OPDIVO QVANTIG 82
OPDUALAG 82
OPIPZA 89
OPSUMIT 105
OPSYNVI 105
option-2 113
OPVEE 26
ORACIT 107
ORGOVYX 82
orquidea 39
ORSERDU 82
oseltamivir 92
OSPHENA 39
OTULFI 48
oxaliplatin 82
oxcarbazepine 67
oxybutynin chloride 34
oxycodone 58
oxycodone-acetaminophen 58
OZEMPIC 102

P

PACERONE 22
paclitaxel 82
paclitaxel protein-bound 82
PADCEV 82
pain relief (acetaminophen) 113
pain relief es (acetaminophen) 113
pain reliever (acetaminophen) 113
pain reliever es(acetaminophn) 113
pain reliever plus 113
paliperidone 89
pamidronate 25
PANRETIN 82
pantoprazole 33
pantoprazole in 0.9% sod chlor 33
paraplatin 82
paricalcitol 25
paroxetine hcl 69, 70
PAXLOVID 92, 93
pazopanib 82
PEDIA-LAX 113
pedia-lax stool softener 113
PEDIARIX (PF) 48
PEDVAX HIB (PF) 48
peg 3350-electrolytes 33

peg-electrolyte soln 33
PEGASYS 48
PEMAZYRE 82
pemetrexed 82
pemetrexed disodium 82
PEMRYDI RTU 82
PEN NEEDLE, DIABETIC 55
PENBRAYA (PF) 48
penicillamine 96
penicillin g potassium 64
penicillin g sodium 64
penicillin v potassium 64
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 48
PENTACEL (PF) 48
pentamidine 87
pentoxifylline 23
perampanel 67
PERIKABIVEN 96
perindopril erbumine 23
periogard 29
PERJETA 82
permethrin 31
perphenazine 89
perphenazine-amitriptyline 70
pfizerpen-g 64
phenelzine 70
phenobarbital 67
PHENYTEK 67
phenytoin 67
phenytoin sodium 67
phenytoin sodium extended 67
phytonadione (vitamin k1) 107
PIFELTRO 93
pilocarpine hcl 29, 51
pimecrolimus 31
pimozide 89
pimtrea (28) 39
pinaway 113
pink bismuth 114
pinworm treatment 114
pioglitazone 102
piperacillin-tazobactam 64
PIQRAY 82
pirfenidone 105
piroxicam 58
PLASMA-LYTE 148 96
PLASMA-LYTE A 96
podofilox 31
POLIVY 82
polycin 51
polyethylene glycol 3350 114
polymyxin b sulf-trimethoprim 51
polymyxin b sulfate 64
POMALYST 82
portia 28 39
PORTRAZZA 82
posaconazole 72
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 96
potassium chloride 96, 97
potassium chloride in 0.9%nacl 97
potassium chloride in 5 % dex 97
potassium chloride in lr-d5 97
potassium chloride in water 97
potassium chloride-0.45 % nacl 97
potassium chloride-d5-0.2%nacl 97
potassium chloride-d5-0.9%nacl 97

potassium citrate 97
POTELIGEO 82
pr natal 400 97
pr natal 400 ec 97
pr natal 430 97
pr natal 430 ec 97
pralatrexate 82
pramipexole 18
prasugrel hcl 99
pravastatin 23
praziquantel 87
prazosin 23
prednisolone 42
prednisolone acetate 51
prednisolone sodium phosphate 42, 51
prednisone 42
prednisone intensol 42
pregabalin 28
PREMARIN 39
PREMASOL 10 % 97
PRENATA 97
PRENATABS FA 97
prenatal plus (calcium carb) 97
prenatal plus vitamin-mineral 97
PRENATE ELITE 97
prevalite 23
PREVYMIS 93
PREZCOBIX 93
PREZISTA 93
PRIFTIN 73
primaquine 87
primidone 67
PRIMSOL 64
PRIORIX (PF) 48
PRO COMFORT ALCOHOL PADS 55
probenecid 16
probenecid-colchicine 16
procainamide 23
prochlorperazine 71
prochlorperazine edisylate 71
prochlorperazine maleate 71
procto-med hc 31
proctosol hc 31
proctozone-hc 31
progesterone 39
progesterone micronized 39
PROGRAF 48
PROLIA 25
PROMACTA 99
promethazine 71
promethazine-codeine 107
propafenone 23
proparacaine 51
propranolol 23
propranolol-hydrochlorothiazid 23
propylthiouracil 44
PROQUAD (PF) 48
protriptyline 70
pseudoephedrine hcl 114
PULMOZYME 105
PURE COMFORT ALCOHOL PADS 56
PURIXAN 82
pyrazinamide 73
pyridostigmine bromide 16
pyridoxine (vitamin b6) 107
pyrimethamine 87

Q

QINLOCK ... 83
QUADRACEL (PF) ... 48
quetiapine ... 89
quinapril ... 23
quinapril-hydrochlorothiazide ... 23
quinidine sulfate ... 23
quinine sulfate ... 87
QULIPTA ... 17

R

RABAVERT (PF) ... 48
RADICAVA ORS ... 28
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP ... 28
RALDESY ... 70
raloxifene ... 39
ramipril ... 23
ranolazine ... 23
rasagiline ... 18
ready-to-use enema ... 114
reclipsen (28) ... 39
RECOMBIVAX HB (PF) ... 48
reese's pinworm medicine ... 114
RELENZA DISKHALER ... 93
rena-vite ... 114
rena-vite rx ... 114
renal vitamin ... 114
reno caps ... 114
repaglinide ... 102
REPATHA PUSHTRONEX ... 23
REPATHA SURECLICK ... 23
REPATHA SYRINGE ... 23
RETACRIT ... 99
RETEVMO ... 83
RETROVIR ... 93
REVUFORJ ... 83
REXTOVY ... 26
REXULTI ... 89
REYATAZ ... 93
REZLIDHIA ... 83
RHOPRESSA ... 51
RIABNI ... 83
ribavirin ... 93
rifabutin ... 73
rifampin ... 73
riluzole ... 28
rimantadine ... 93
ringer's ... 56, 97
RINVOQ ... 48
RINVOQ LQ ... 48
risedronate ... 25
RISPERDAL CONSTA ... 89
risperidone ... 90
ritonavir ... 93
rivaroxaban ... 99
rivastigmine tartrate ... 15
rizatriptan ... 17
ROCKLATAN ... 51
roflumilast ... 105
romidepsin ... 83
ROMVIMZA ... 83
ropinirole ... 18
rosuvastatin ... 23
ROTARIX ... 48
ROTATEQ VACCINE ... 48
roweepra ... 67
ROZLYTREK ... 83

RUBRACA 83
rufinamide 67
RUKOBIA 93
RUXIENCE 83
RYBELSUS 102
RYBREVANT 83
RYDAPT 83
RYLAZE 83
RYTELO 83

S

sacubitril-valsartan 23
sajazir 48
saline mist 114
saline nasal 114
saline nasal mist 114
saline nose 114
SANDIMMUNE 48
SANDOSTATIN LAR DEPOT 44
SANTYL 31
sapropterin 106
SARCLISA 83
saxagliptin 102
SCEMBLIX 83
scopolamine base 71
se-natal 19 chewable 97
SECUADO 90
selegiline hcl 18
SELZENTRY 93
senexon-s 114
senna 114
senna lax 114
senna laxative 114
senna leaf extract 114
senna plus 114
senna-s 114
senna-time s 114
sennosides 114
sennosides-docusate sodium 114
SENOKOT 114
SENOKOT EXTRA STRENGTH 114
SENOKOT KIDS 114
SENOKOT-S 114
sertraline 70
setlakin 39
sharobel 39
SHINGRIX (PF) 48
SIGNIFOR 44
sildenafil (pulm.hypertension) 105
silodosin 34
silver sulfadiazine 31
SIMBRINZA 51
simliya (28) 39
simvastatin 23
sirolimus 48
SIRTURO 73
SKYRIZI 48, 49
SMOFLIPID 97
smooth antacid 115
sodium bicarbonate 97, 115
SODIUM BICARBONATE (BULK) 107, 115
sodium chloride 56, 97
sodium chloride 0.45 % 97
sodium chloride 0.9 % 97
sodium chloride 3 % hypertonic 98
sodium chloride 5 % hypertonic 98
sodium citrate-citric acid 115

sodium oxybate ... 52
sodium phenylbutyrate ... 106
sodium polystyrene sulfonate ... 98
sodium,potassium,mag sulfates ... 33
solifenacin ... 34
SOLIQUA 100/33 ... 102
SOLTAMOX ... 83
SOLU-MEDROL ... 42
SOLU-MEDROL (PF) ... 42
SOMAVERT ... 44
sorafenib ... 83
SORBITOL ... 115
sotalol ... 23
sotalol af ... 23
SPIRIVA RESPIMAT ... 105
SPIRIVA WITH HANDIHALER ... 105
spironolacton-hydrochlorothiaz ... 23
spironolactone ... 23
sprintec (28) ... 39
SPRITAM ... 67
SPRYCEL ... 83
SPS (WITH SORBITOL) ... 98
sronyx ... 39
SSD ... 31
stavudine ... 93
STELARA ... 49
stimulant laxative plus ... 115
STIOLTO RESPIMAT ... 105
STIVARGA ... 83
stomach relief ... 115
stool softener ... 115
stool softener (docusate cal) ... 115
stool softener-laxative ... 115
stool softener-stimulant laxat ... 115
STRENSIQ ... 106
streptomycin ... 64
STRIBILD ... 93
STRIVERDI RESPIMAT ... 105
subvenite ... 67
subvenite starter (blue) kit ... 67
subvenite starter (green) kit ... 67
subvenite starter (orange) kit ... 67
sucralfate ... 33
sudogest ... 115
SUFLAVE ... 33
sulfacetamide sodium ... 51, 64
sulfacetamide-prednisolone ... 51
sulfadiazine ... 64
sulfamethoxazole-trimethoprim ... 64
sulfasalazine ... 26
sulindac ... 58
sumatriptan ... 17
sumatriptan succinate ... 17
sunitinib malate ... 83
SUNLENCA ... 93
suphedrin ... 115
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS ... 56
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS ... 56
SUTAB ... 33
syeda ... 39
SYMBICORT ... 106
SYMPAZAN ... 67
SYMTUZA ... 93
SYNJARDY ... 102
SYNJARDY XR ... 102
SYNRIBO ... 83

SYNTHROID 43

T

TABLOID 83
TABRECTA 83
tacrolimus 31, 49
tadalafil 34
tadalafil (pulm. hypertension) 106
TAFINLAR 84
TAGRISSO 84
TALICIA 33
TALVEY 84
TALZENNA 84
tamoxifen 84
tamsulosin 34
tarina 24 fe 39
tarina fe 1-20 eq (28) 39
tarina fe 1/20 (28) 39
TASIGNA 84
tasimelteon 52
tazarotene 31
taztia xt 23
TAZVERIK 84
TDVAX 49
TECENTRIQ 84
TECENTRIQ HYBREZA 84
TECVAYLI 84
TEFLARO 64
telmisartan 24
telmisartan-amlodipine 24
temazepam 52
temsirolimus 84
TENIVAC (PF) 49
tenofovir disoproxil fumarate 93
TEPMETKO 84
terazosin 24
terbinafine hcl 72
terconazole 72, 73
teriflunomide 28
testosterone 39
testosterone cypionate 40
testosterone enanthate 40
tetrabenazine 29
TEVIMBRA 84
THALOMID 84
theophylline 106
thiamine hcl (vitamin b1) 107
thioridazine 90
thiotepa 84
thiothixene 90
tiadylt er 24
tiagabine 67
TIBSOVO 84
ticagrelor 99
TICOVAC 49
tigecycline 64
tilia fe 40
timolol maleate 24, 51, 52
tinidazole 64
tioconazole 115
tioconazole-1 115
TIROSINT-SOL 43
TIVDAK 84
TIVICAY 93
TIVICAY PD 93
tizanidine 16
tobramycin 52

tobramycin in 0.225 % nacl 64
tobramycin sulfate 64
tobramycin-dexamethasone 52
tolterodine 34
topiramate 67, 68
topotecan 84
toremifene 84
torpenz 84
torsemide 24
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 103
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 103
TPN ELECTROLYTES 98
TRADJENTA 103
tramadol 58
trandolapril 24
tranexamic acid 99
tranylcypromine 70
TRAVASOL 10 % 98
travoprost 52
TRAZIMERA 84
trazodone 70
TRECATOR 73
TRELEGY ELLIPTA 106
TRELSTAR 44
TREMFYA 49
TREMFYA ONE-PRESS 49
TREMFYA PEN 49
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) 49
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 103
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 103
TRESIBA U-100 INSULIN 103
tretinoin 31
tretinoin (antineoplastic) 84
tri-buffered aspirin 115
tri-estarylla 40
tri-legest fe 40
tri-linyah 40
tri-lo-estarylla 40
tri-lo-marzia 40
tri-lo-mili 40
tri-lo-sprintec 40
tri-mili 40
tri-nymyo 40
tri-sprintec (28) 40
tri-vylibra 40
tri-vylibra lo 40
triamcinolone acetonide 29, 42
triamterene-hydrochlorothiazid 24
triderm 42
trientine 98
trifluoperazine 90
trifluridine 52
trihexyphenidyl 18
TRIJARDY XR 103
TRIKAFTA 106
trimethoprim 64
trimipramine 70
trinatal rx 1 98
TRINTELLIX 70
TRISENOX 84
TRIUMEQ 93
TRIUMEQ PD 93
trivora (28) 40
TRODELVY 84
TROGARZO 93
TROPHAMINE 10 % 98

trospium ... 34
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS ... 56
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS ... 56
trueplus glucose ... 115
TRULICITY ... 103
TRUMENBA ... 49
TRUQAP ... 84
TUKYSA ... 84, 85
tulana ... 40
TURALIO ... 85
turqoz (28) ... 40
tusnel diabetic ... 115
tusnel-ex ... 115
tussin dm ... 115
tussin dm clear ... 115
tussin mucus-chest congestion ... 115
TWINRIX (PF) ... 49
TYBOST ... 93
TYMLOS ... 25
TYPHIM VI ... 49

U

UBRELVY ... 17
UDENYCA ... 99
UDENYCA AUTOINJECTOR ... 99
UDENYCA ONBODY ... 99
ULTILET ALCOHOL SWAB ... 56
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) ... 56
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE ... 56
ULTRA-FINE PEN NEEDLE ... 56
UNITHROID ... 43
UNITUXIN ... 85
ursodiol ... 33

V

valacyclovir ... 94
VALCHLOR ... 85
valganciclovir ... 94
valproate sodium ... 68
valproic acid ... 68
valproic acid (as sodium salt) ... 68
valsartan ... 24
valsartan-hydrochlorothiazide ... 24
VALTOCO ... 68
valtya ... 40
vancomycin ... 65
VANFLYTA ... 85
VAQTA (PF) ... 49
varenicline tartrate ... 26
VARIVAX (PF) ... 49
VASCEPA ... 24
VAXCHORA VACCINE ... 49
VECTIBIX ... 85
velivet triphasic regimen (28) ... 40
VEMLIDY ... 94
VENCLEXTA ... 85
VENCLEXTA STARTING PACK ... 85
venlafaxine ... 70
VENTOLIN HFA ... 106
verapamil ... 24
VERQUVO ... 24
VERSACLOZ ... 90
VERZENIO ... 85
vestura (28) ... 40
vienva ... 40
vigabatrin ... 68
vigadrone ... 68
VIGAFYDE ... 68

vigpoder 68
vilazodone 70
VIMKUNYA 49
vinblastine 85
vincasar pfs 85
vincristine 85
vinorelbine 85
viorele (28) 40
VIRACEPT 94
VIREAD 94
vitamin d2 107
vitamin k1 107
VITRAKVI 85
VIVITROL 27
VIVOTIF 49
VIZIMPRO 85
VOCABRIA 94
volnea (28) 40
VONJO 85
VORANIGO 85
voriconazole 73
voriconazole-hpbcd 73
VOSEVI 94
VOWST 33
VRAYLAR 90
VUMERITY 29
vylibra 40
VYLOY 85
VYNDAMAX 106
VYVGART 16
VYVGART HYTRULO 16
VYXEOS 85

W

warfarin 99
water for irrigation, sterile 56
WEBCOL 56
WELIREG 107
wera (28) 40
wesnatal dha complete 98
wesnate dha 98
westab plus 98
wixela inhub 106
women's gentle laxative(bisac) 115
wymzya fe 40

X

XALKORI 85
xarah fe 40
XARELTO 99
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 99
XATMEP 49
XCOPRI 68
XCOPRI MAINTENANCE PACK 68
XCOPRI TITRATION PACK 68
XDEMVY 56
xelria fe 40
XGEVA 25
XIFAXAN 33
XOLAIR 49
XOSPATA 85
XPOVIO 85, 86
XTANDI 86
xulane 40

Y

YERVOY 86
YESINTEK 49, 50
YF-VAX (PF) 50

YONDELIS 86

Z

zafemy 40
zafirlukast 106
zaleplon 52
ZALTRAP 86
ZANOSAR 86
zarah 40
ZARXIO 99, 100
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 103
ZEGALOGUE SYRINGE 103
ZEJULA 86
ZELBORAF 86
ZEMAIRA 107
zenatane 31
ZEPZELCA 86
ZEVALIN (Y-90) 56
zidovudine 94
ZIIHERA 86
ziprasidone hcl 90
ziprasidone mesylate 90
ZIRABEV 86
ZIRGAN 94
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 25
zoledronic acid 25
zoledronic acid-mannitol-water 25
ZOLINZA 86
zolpidem 52, 53
ZONISADE 68
zonisamide 68
ZORYVE 31
zovia 1-35 (28) 40
ZTALMY 68
ZUBSOLV 27
zumandimine (28) 41
ZURNAI 27
ZURZUVAE 70
ZYDELIG 86
ZYKADIA 86
ZYNLONTA 86
ZYNYZ 86
ZYPITAMAG 24
ZYPREXA RELPREVV 90

Lista de medicamentos por afección médica

Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías conforme al tipo de afecciones médicas para las cuales se utilizan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría de afecciones relacionadas con el corazón. Allí es donde encontrará los medicamentos que tratan las afecciones del corazón.

Enfermedades del oído.....15
Demencia.....15
.....16
.....16
Miastenia grave.....16
Migrañas.....17
.....17
Enfermedades relacionadas con el corazón.....18
.....25
.....26
.....26
Enfermedades del sistema nervioso.....27
Enfermedades orales y dentales.....29
Enfermedades de la piel.....29
Enfermedades gastrointestinales.....32
Enfermedades de la vejiga y la próstata.....33
Desbalance de hormonas sexuales.....34
Reemplazo de la hormona pituitaria.....41
.....41
Reemplazo de la hormona tiroidea.....42
.....43
Enfermedades tiroideas hiperactivas.....44
Enfermedades del sistema inmune y vacunas.....45
Enfermedades del ojo.....50
Trastorno bipolar.....52
Trastorno del sueño.....52
.....53
Dolor.....56
Dolor local.....59
Ansiedad.....59
Infecciones bacterianas.....60
Convulsiones.....65
Depresión.....68
Nausea y vómitos.....70
Infecciones por hongos.....71
Tuberculosis.....73
Cáncer.....73
Infecciones por parásitos.....86
Enfermedades psicológicas y del estado de ánimo.....87
Infecciones virales.....90
Deficiencias de vitaminas.....94
.....98
Diabetes.....100
.....103
.....103

.....106

.....107

.....107

Llámenos si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda para leer o entender este documento, llámenos al **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. Sin embargo, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal, los fines de semana y los días feriados. Podemos ayudarle sin costo para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su idioma preferido. También podemos brindarle ayuda si tiene dificultades de la vista o la audición. Consulte su Manual del afiliado para obtener información sobre sus derechos.

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión, idioma, historia clínica, historial de reclamaciones, discapacidad física o mental, información genética o fuente de pago. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de derechos civiles estatales y federales. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a: **Discrimination Grievances**, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-800-787-3311** o bien, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el: **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles,** por medios electrónicos a través de su Portal de quejas disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**, **800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en **https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **1-800-787-3311 (TTY: 711)**

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Humana Gold Plus Integrated (plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y Medicaid de Illinois para proveer los beneficios de ambos programas a los afiliados.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

簡體中文 (Simplified): 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-787-3311 (TTY: 711)**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

廣東話 (Cantonese): 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-787-3311 (TTY: 711)**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog (Tagalog – Filipino): Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Français (French): Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Tiếng Việt (Vietnamese): Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-787-3311 (TTY: 711)** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Deutsch (German): Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

한국어 (Korean): 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다 . 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-787-3311 (TTY: 711)** 번으로 문의해 주십시오 . 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다 . 이 서비스는 무료로 운영됩니다 .

Русский (Russian): Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

العربية Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

हिंदी (Hindi): हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-787-3311 (TTY: 711)** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano (Italian): È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português (Portuguese): Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polski (Polish): Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

日本語 (Japanese): 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、**1-800-787-3311 (TTY: 711)** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Notas

Notas

Notas

LEER CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS PARA ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 12/01/2025. PARA PEDIR INFORMACIÓN MÁS RECIENTE O SI TIENE PREGUNTAS, LLAME AL 1-800-787-3311 (TTY: 711), DE LUNES A VIERNES DE 8 A.M. A 8 P.M., HORA DEL CENTRO. LA LLAMADA ES GRATUITA.

Humana®