



New Mexico
Planes Individuales y Familiares

Lista de Medicamentos con Receta de Essential Plus para 2024

Con vigencia desde el 1 de enero de 2024

Índice

Explicación de su Lista de Medicamentos con Receta	4
Consejos sobre medicamentos	5
Cómo leer su Lista de Medicamentos con Receta.....	6
Medicamentos para la salud del comportamiento	8
Analgésicos	9
Anestésicos	14
Antiadictivos/agentes para el tratamiento del abuso de sustancias	14
Antibacterianos	15
Antiepilépticos	20
Antidemenciales.....	23
Antidepresivos.....	24
Antieméticos	27
Antimicóticos	28
Antigotosos.....	30
Antimigrañosos.....	30
Antimiasténicos	31
Antimicobacterianos	31
Antineoplásicos.....	31
Antiparasitarios.....	35
Antiparkinsonianos	36
Antipsicóticos	37
Antivirales.....	40
Ansiolíticos.....	43
Bipolares	44
Control de la glucemia.....	45
Reguladores de la glucemia.....	45
Hemoderivados, modificadores/expansores del volumen de la sangre	49
Agentes cardiovasculares	52
Agentes del sistema nervioso central	65
Agentes dentales y bucales	67
Agentes dermatológicos	68
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas	69
Agentes gastrointestinales	76
Trastorno genético o enzimático: Reemplazo, modificadores, tratamiento.....	79
Agentes genitourinarios.....	79
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (suprarrenales)	81
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (pituitaria).....	84
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (prostaglandinas)	85
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (hormonas sexuales/modificadores).....	85
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (tiroides)	95
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales).....	99
Agentes hormonales, supresores (pituitaria)	99
Agentes hormonales, supresores (tiroides).....	100
Agentes inmunológicos	100



Agentes para la enfermedad inflamatoria intestinal	105
Agentes para la osteopatía metabólica.....	106
Agentes terapéuticos varios.....	106
Agentes oftálmicos	109
Agentes óticos.....	113
Agentes pulmonares/del tracto respiratorio.....	114
Agentes pulmonares/del tracto respiratorio - Medicamentos para tratar alergias, tos, resfríos y condiciones pulmonares.....	120
Relajantes de músculos esqueléticos.....	120
Agentes para trastornos del sueño	121
Lista de Medicamentos y Productos Médicos	122
Índice Alfabético.....	144

Explicación de su Lista de Medicamentos con Receta

¿Qué es una Lista de Medicamentos con Receta (PDL)?

Una Lista de Medicamentos con Receta (prescription drug list, PDL) es una lista de medicamentos recetados u otros productos o suministros de farmacia elegidos por su seguridad, costo y eficacia. Los medicamentos aparecen por categorías o clases y están asignados a niveles de costo. Incluye medicamentos de venta con receta, tanto genéricos como de marca registrada.

Para crear la lista, UnitedHealthcare® se guía por el Comité de Administración de Farmacias del Plan Individual y Familiar. Este grupo revisa los medicamentos que estarán cubiertos, según la eficacia de los medicamentos y su valor general. También se aseguran de que haya opciones cubiertas que sean seguras.

¿Cómo uso mi Lista de Medicamentos con Receta (PDL)?

Usted y su proveedor pueden usar la Lista de Medicamentos con Receta (prescription drug list, PDL) para ayudarle a elegir los medicamentos con receta más eficientes en costo. Esta guía le indica si un medicamento es genérico o de marca, así como si se aplican reglas especiales. Puede consultar esta lista cuando visite a su proveedor. Si su medicamento no se indica en este documento, visite myuhc.com/exchange o llame al número de Servicio al Cliente que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud.

Algunos medicamentos de su Lista de Medicamentos con Receta tienen requisitos adicionales que se deben cumplir para que puedan estar cubiertos. Algunos de los programas de cobertura más comunes son la preautorización (prior authorization, PA), la terapia escalonada (step therapy, ST) y los límites de cantidad (quantity limits, QL). Usamos programas como estos para garantizar que el medicamento que toma sea seguro y eficaz. Para obtener más información, consulte los documentos de su plan. Si desea saber si un medicamento forma parte de alguno de estos programas, visite myuhc.com/exchange o llame al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de ID del plan de salud.

- **Preautorización (PA):** UnitedHealthcare exige que usted o su médico obtengan una preautorización para ciertos medicamentos, a fin de asegurarse de que el medicamento sea el más apropiado para la condición. Esto significa que necesitará obtener la aprobación de UnitedHealthcare antes de poder surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que el medicamento no esté cubierto.
- **Terapia escalonada (ST):** En algunos casos, UnitedHealthcare le exige que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para la misma condición. La terapia escalonada garantiza que tome medicamentos económicos y medicamento apropiados.
- **Límites de cantidad (QL):** Para ciertos medicamentos, UnitedHealthcare limita la cantidad del medicamento que puede obtener por copago o durante cierto período de tiempo. Actualizamos los límites de cantidad según las pautas médicas y las recomendaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA). Esto contribuye a reducir el desperdicio y garantiza que los medicamentos se utilicen de manera adecuada.

Para obtener información sobre cómo solicitar una preautorización o una excepción para la terapia escalonada, visite uhcprovider.com/en/resource-library/drug-lists-pharmacy/individual-exchange-plans-prior-authorization-and-exceptions.

Los criterios clínicos se encuentran disponibles en uhcprovider.com/exchange.

¿Qué son los niveles?

Los niveles son las diferentes categorías de costos que usted paga por un medicamento. Cada nivel tiene asignado un costo, determinado por UnitedHealthcare.

Esto determina cuánto deberá pagar usted cuando surte una receta en una farmacia de la red.

Acerca de esta Lista de Medicamentos con Receta

En caso de que haya diferencias entre este documento y su plan de beneficios, regirán los documentos del plan de beneficios. Es posible que no sea una lista completa de los medicamentos que están cubiertos por su plan. Revise su plan de beneficios para consultar la información completa.



¿Puede cambiar la Lista de Medicamentos con Receta?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero durante el año, UnitedHealthcare puede agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos con Receta, pasarlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar o eliminar restricciones.

Si un medicamento cambia de nivel, es posible que deba pagar una cantidad diferente por ese medicamento. Hable con su proveedor para conocer las alternativas.

¿Por qué algunos medicamentos no están cubiertos?

Un medicamento podría no estar cubierto por su beneficio farmacéutico cuando surte el mismo efecto o un efecto similar que otro medicamento con receta o un medicamento sin receta (over-the-counter, OTC).

¿Cómo puedo obtener un medicamento que no aparece en la Lista de Medicamento con Receta como un medicamento cubierto?

Usted, su representante autorizado o su proveedor pueden solicitar cobertura llamando al número que figura en su tarjeta de ID del plan de salud. Una vez recibida la solicitud, se emitirá una decisión en un plazo no mayor de 72 horas, a menos que medien circunstancias apremiantes y se solicite una revisión rápida, en cuyo caso se emitirá una decisión dentro de las 24 horas. Estas respuestas pueden ser más breves según las leyes estatales. Si se deniega la solicitud, se le proporcionará información sobre cómo apelar la decisión y solicitar una revisión externa.

Consejos sobre medicamentos

¿Cuál es la diferencia entre los medicamentos de marca y los genéricos?

Los medicamentos genéricos contienen los mismos ingredientes activos (lo que hace que el medicamento resulte eficaz) que los medicamentos de marca, pero suelen constar menos.

¿Qué sucede si mi médico me receta un medicamento de marca?

Si su proveedor le receta un medicamento de marca, consulte si una opción genérica o de menor costo sería adecuada para usted. Los medicamentos genéricos suelen ser la opción de menor costo.

¿Qué sucede si estoy tomando un medicamento de especialidad?

Los medicamentos de especialidad son para condiciones raras o complejas y suelen ser de mayor costo.

Tenga en cuenta que es posible que no todos los medicamentos de especialidad se encuentren disponibles en las farmacias minoristas. Si tiene alguna pregunta sobre cómo acceder a los medicamentos de especialidad cubiertos, llame al número que figura en su tarjeta de ID del plan de salud o visite myuhc.com/exchange.

Medicamentos sin receta

Es posible que un medicamento sin receta (OTC) sea el tratamiento adecuado para ciertas condiciones. Hable con su proveedor sobre las opciones de medicamentos sin receta disponibles. Si bien es posible que su beneficio de farmacia no cubra los medicamentos sin receta, estos podrían costar menos que los medicamentos con receta.



Cómo leer su Lista de Medicamentos con Receta

La Lista de Medicamentos con Receta le brinda opciones, de modo que usted y su proveedor puedan elegir el mejor tratamiento para su caso. Hay dos maneras de encontrar su medicamento en la Lista de Medicamentos con Receta:

1. En este formulario, los medicamentos están agrupados en categorías según las condiciones médicas que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que se utilizan para tratar infecciones generalmente aparecen dentro de la categoría Antibacterianos. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría y, luego, busque el medicamento dentro de dicha categoría.
2. Lista Alfabética: si no está seguro de cuál es la categoría a la que corresponde el medicamento, búsquelo en el Índice Alfabético. El Índice Alfabético contiene una lista alfabética de todos los medicamentos de marca y genéricos incluidos en este documento. Revise el Índice Alfabético para encontrar su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de página en la que puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice Alfabético y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

Información sobre niveles

Los niveles son las diferentes categorías de costos que usted paga por un medicamento. A cada nivel se le asigna un costo, y usted puede encontrar información sobre los costos compartidos en los documentos de su plan. Esto determina cuánto deberá pagar usted cuando surte una receta en una farmacia de la red. Usar medicamentos de niveles más bajos le ayudará a pagar los gastos de bolsillo más bajos. Si se le receta un medicamento de un nivel más alto, debe consultar con su proveedor de cuidado de la salud si un medicamento de un nivel más bajo podría ser adecuado para su condición.

En la siguiente tabla, el valor general se calcula sobre la base de factores tales como la eficacia del medicamento, su seguridad, su costo y la disponibilidad de medicamentos alternativos para tratar la misma condición médica u otra condición similar.

Nivel del medicamento	Costo compartido	Incluye
Nivel 1	\$0	Costo compartido de \$0: Los medicamentos preventivos y los medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento, incluido el trastorno por consumo de sustancias, están a su disposición sin costo para usted.
Nivel 2	\$	Costo compartido más bajo: Medicamentos que ofrecen el mayor valor general, entre los que se incluyen principalmente los medicamentos genéricos.
Nivel 3	\$\$	Costo compartido de rango medio: Medicamentos que ofrecen un buen valor general, entre los que se incluyen principalmente los medicamentos de marca.
Nivel 4	\$\$\$	
Nivel 5	\$\$\$\$	Costo compartido más alto: Medicamentos que ofrecen el menor valor general.
Nivel 6	\$\$\$\$\$	

El monto que pagará por un medicamento de insulina con receta preferido o una alternativa a la insulina médicamente necesaria no excederá el total de \$25 por un suministro de 30 días.

Información sobre la Lista de Medicamentos

En esta lista de medicamentos, algunos medicamentos están marcados con letras para que usted pueda identificar aquellos que tienen límites o requisitos de cobertura. Su plan de beneficios determina de qué manera estos medicamentos están cubiertos para usted.

PA	Se requiere preautorización
QL	Límite de cantidad
ST	Terapia escalonada
H	Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud: El medicamento forma parte de un beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud y se encuentra a su disposición sin costo para usted.



H*	Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud: Usted podría contar con un beneficio adicional para obtener el medicamento a un costo compartido de \$0 si cumple con ciertos requisitos. Su médico puede comunicarse con Optum Rx para confirmar que usted cumple los requisitos para el costo compartido de \$0.
H-A	Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud de acuerdo con la edad: Los medicamentos podrían formar parte de un beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud y podrían estar a su disposición sin costo para usted si se encuentra dentro de un rango de edad determinado.
H-M	Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud: Los medicamentos podrían formar parte de un beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud y podrían estar a su disposición sin costo para usted a través de su beneficio médico o de farmacia.
BH	Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted.
BH*	Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.
\$0 de Copago	Medicamentos a su disposición sin costo para usted.

Medicamentos para la salud del comportamiento

Ciertos medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento, incluidos los medicamentos para trastornos por consumo de sustancias, podrían estar a su disposición sin costo para usted cuando se obtienen en una farmacia de la red. Incluso aunque su plan tenga un deducible y usted no lo haya alcanzado, su costo compartido sigue siendo \$0.

Los medicamentos para la salud del comportamiento aparecen identificados con la sigla “BH” en esta Lista de Medicamentos con Receta:

- Los medicamentos de Nivel 1 tienen cobertura sin costo para usted cuando los obtiene en una farmacia de la red.
- Los demás medicamentos identificados para la salud del comportamiento (BH*) podrían estar a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento. Su proveedor de cuidado de la salud puede brindarle información sobre su condición médica para determinar si su medicamento cumple las condiciones para el costo compartido de \$0:
 - **Proveedores de cuidado de la salud:** Comuníquese con Optum Rx para presentar una solicitud en Internet en professionals.optumrx.com o por teléfono al **1-800-711-4555**.
 - **Miembros:** Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID de miembro.

Se pueden aplicar requisitos al formulario, como la preautorización y los límites de cantidad.

Preguntas

Revise su Póliza para obtener más información sobre su beneficio de farmacia.



Regístrese o inicie sesión en su cuenta de Internet en myuhc.com/exchange para hacer lo siguiente:

- Encontrar la lista vigente de medicamentos cubiertos.
- Encontrar una farmacia minorista participante por código postal.
- Obtener información sobre la entrega a domicilio.
- Buscar posibles alternativas de medicamentos de menor costo.
- Comparar precios y opciones de medicamentos.



Llame al número de Servicio al Cliente que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
Analgésicos						
APAP-CAFFEIN CAP DIHYDROC	ACETAMINOPHEN-CAFFEINE- DIHYDROCODEINE CAP 320.5-30-16 MG	Nivel 3		X		
APAP/CODEINE SOL 120-12/5	ACETAMINOPHEN W/ CODEINE SOLN 120-12 MG/5ML	Nivel 2		X		
APAP/CODEINE SOL 300-30MG	ACETAMINOPHEN W/ CODEINE SOLN 120-12 MG/5ML	Nivel 2		X		
APAP/CODEINE TAB 300-15MG	ACETAMINOPHEN W/ CODEINE TAB 300-15 MG	Nivel 2		X		
APAP/CODEINE TAB 300-30MG	ACETAMINOPHEN W/ CODEINE TAB 300-30 MG	Nivel 2		X		
APAP/CODEINE TAB 300-60MG	ACETAMINOPHEN W/ CODEINE TAB 300-60 MG	Nivel 2		X		
ASCOMP/COD CAP 30MG	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFF W/ CODEINE CAP 50-325-40-30 MG	Nivel 3		X		
ASPIRIN LOW CHW 81MG	ASPIRIN CHEW TAB 81 MG	Nivel 1				H-A
ASPIRIN LOW TAB 81MG EC	ASPIRIN TAB DELAYED RELEASE 81 MG	Nivel 1				H-A
BUT/APAP/CAF TAB	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN- CAFFEINE TAB 50-325-40 MG	Nivel 2		X		
BUT/ASA/CAF/ CAP CODEINE	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFF W/ CODEINE CAP 50-325-40-30 MG	Nivel 3		X		
BUT/ASA/CAFF CAP	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE CAP 50-325-40 MG	Nivel 2		X		
BUTAL/APAP TAB 50-325MG	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN TAB 50-325 MG	Nivel 3		X		
BUTALB/ACETA TAB 50-300MG	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN TAB 50-300 MG	Nivel 3		X		
BUTORPHANOL SOL 10MG/ML	BUTORPHANOL TARTRATE NASAL SOLN 10 MG/ML	Nivel 2		X		
CARISOPRODOL TAB ASA/COD	CARISOPRODOL W/ ASPIRIN & CODEINE TAB 200-325-16 MG	Nivel 2		X		
CELECOXIB CAP 100MG	CELECOXIB CAP 100 MG	Nivel 2		X		
CELECOXIB CAP 200MG	CELECOXIB CAP 200 MG	Nivel 2		X		
CELECOXIB CAP 400MG	CELECOXIB CAP 400 MG	Nivel 2		X		
CELECOXIB CAP 50MG	CELECOXIB CAP 50 MG	Nivel 2		X		
CODEINE SULF TAB 15MG	CODEINE SULFATE TAB 15 MG	Nivel 2		X		
CODEINE SULF TAB 30MG	CODEINE SULFATE TAB 30 MG	Nivel 2		X		
CODEINE SULF TAB 60MG	CODEINE SULFATE TAB 60 MG	Nivel 2		X		
DICLO/MISOPR TAB 50-0.2MG	DICLOFENAC W/ MISOPROSTOL TAB DELAYED RELEASE 50-0.2 MG	Nivel 3				
DICLO/MISOPR TAB 75-0.2MG	DICLOFENAC W/ MISOPROSTOL TAB DELAYED RELEASE 75-0.2 MG	Nivel 3				
DICLOFEN POT TAB 50MG	DICLOFENAC POTASSIUM TAB 50 MG	Nivel 2				
DICLOFENAC GEL 1%	DICLOFENAC SODIUM GEL 1% (1.16% DIETHYLAMINE EQUIV)	Nivel 3		X		
DICLOFENAC TAB 100MG ER	DICLOFENAC SODIUM TAB ER 24HR 100 MG	Nivel 2				
DICLOFENAC TAB 25MG DR	DICLOFENAC SODIUM TAB DELAYED RELEASE 25 MG	Nivel 2				
DICLOFENAC TAB 50MG DR	DICLOFENAC SODIUM TAB DELAYED RELEASE 50 MG	Nivel 2				
DICLOFENAC TAB 75MG DR	DICLOFENAC SODIUM TAB DELAYED RELEASE 75 MG	Nivel 2				
DIFLUNISAL TAB 500MG	DIFLUNISAL TAB 500 MG	Nivel 2				
EC-NAPROXEN TAB 375MG	NAPROXEN TAB EC 375 MG	Nivel 2				
EC-NAPROXEN TAB 500MG	NAPROXEN TAB EC 500 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
ENDOCET TAB 10-325MG	OXYCODONE W/ ACETAMINOPHEN TAB 10-325 MG	Nivel 2		X		
ENDOCET TAB 2.5-325	OXYCODONE W/ ACETAMINOPHEN TAB 2.5-325 MG	Nivel 2		X		
ENDOCET TAB 5-325MG	OXYCODONE W/ ACETAMINOPHEN TAB 5-325 MG	Nivel 2		X		
ENDOCET TAB 7.5-325	OXYCODONE W/ ACETAMINOPHEN TAB 7.5-325 MG	Nivel 2		X		
ETODOLAC CAP 200MG	ETODOLAC CAP 200 MG	Nivel 2				
ETODOLAC CAP 300MG	ETODOLAC CAP 300 MG	Nivel 2				
ETODOLAC TAB 400MG	ETODOLAC TAB 400 MG	Nivel 2				
ETODOLAC TAB 500MG	ETODOLAC TAB 500 MG	Nivel 2				
ETODOLAC ER TAB 400MG	ETODOLAC TAB ER 24HR 400 MG	Nivel 3				
ETODOLAC ER TAB 500MG	ETODOLAC TAB ER 24HR 500 MG	Nivel 3				
ETODOLAC ER TAB 600MG	ETODOLAC TAB ER 24HR 600 MG	Nivel 3				
FENOPROFEN TAB 600MG	FENOPROFEN CALCIUM TAB 600 MG	Nivel 3				
FENTANYL DIS 100MCG/H	FENTANYL TD PATCH 72HR 100 MCG/HR	Nivel 3	X	X		
FENTANYL DIS 12MCG/HR	FENTANYL TD PATCH 72HR 12 MCG/HR	Nivel 3	X	X		
FENTANYL DIS 25MCG/HR	FENTANYL TD PATCH 72HR 25 MCG/HR	Nivel 3	X	X		
FENTANYL DIS 50MCG/HR	FENTANYL TD PATCH 72HR 50 MCG/HR	Nivel 3	X	X		
FENTANYL DIS 75MCG/HR	FENTANYL TD PATCH 72HR 75 MCG/HR	Nivel 3	X	X		
FENTANYL OT LOZ 1200MCG	FENTANYL CITRATE LOZENGE ON A HANDLE 1200 MCG	Nivel 3	X	X		
FENTANYL OT LOZ 1600MCG	FENTANYL CITRATE LOZENGE ON A HANDLE 1600 MCG	Nivel 3	X	X		
FENTANYL OT LOZ 200MCG	FENTANYL CITRATE LOZENGE ON A HANDLE 200 MCG	Nivel 3	X	X		
FENTANYL OT LOZ 400MCG	FENTANYL CITRATE LOZENGE ON A HANDLE 400 MCG	Nivel 3	X	X		
FENTANYL OT LOZ 600MCG	FENTANYL CITRATE LOZENGE ON A HANDLE 600 MCG	Nivel 3	X	X		
FENTANYL OT LOZ 800MCG	FENTANYL CITRATE LOZENGE ON A HANDLE 800 MCG	Nivel 3	X	X		
FLURBIPROFEN TAB 100MG	FLURBIPROFEN TAB 100 MG	Nivel 2				
HYDRO/ACETA SOL 10-325MG	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN SOLN 10-325 MG/15ML	Nivel 2		X		
HYDROCO/APAP SOL 7.5-325	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN SOLN 7.5-325 MG/15ML	Nivel 2		X		
HYDROCO/APAP TAB 10-325MG	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 10-325 MG	Nivel 2		X		
HYDROCO/APAP TAB 5-325MG	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 5-325 MG	Nivel 2		X		
HYDROCO/APAP TAB 7.5-325	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 7.5-325 MG	Nivel 2		X		
HYDROCOD/IBU TAB 10-200MG	HYDROCODONE-IBUPROFEN TAB 10- 200 MG	Nivel 3		X		
HYDROCOD/IBU TAB 5-200MG	HYDROCODONE-IBUPROFEN TAB 5-200 MG	Nivel 3		X		
HYDROCOD/IBU TAB 7.5-200	HYDROCODONE-IBUPROFEN TAB 7.5- 200 MG	Nivel 3		X		
HYDROCODONE CAP 10MG ER	HYDROCODONE BITARTRATE CAP ER 12HR 10 MG	Nivel 3	X	X		
HYDROCODONE CAP 15MG ER	HYDROCODONE BITARTRATE CAP ER 12HR 15 MG	Nivel 3	X	X		

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
HYDROCODONE CAP 20MG ER	HYDROCODONE BITARTRATE CAP ER 12HR 20 MG	Nivel 3	X	X		
HYDROCODONE CAP 30MG ER	HYDROCODONE BITARTRATE CAP ER 12HR 30 MG	Nivel 3	X	X		
HYDROCODONE CAP 40MG ER	HYDROCODONE BITARTRATE CAP ER 12HR 40 MG	Nivel 3	X	X		
HYDROCODONE CAP 50MG ER	HYDROCODONE BITARTRATE CAP ER 12HR 50 MG	Nivel 3	X	X		
HYDROMORPHON LIQ 1MG/ML	HYDROMORPHONE HCL LIQD 1 MG/ML	Nivel 3		X		
HYDROMORPHON TAB 12MG ER	HYDROMORPHONE HCL TAB ER 24HR 12 MG	Nivel 3	X	X		
HYDROMORPHON TAB 16MG ER	HYDROMORPHONE HCL TAB ER 24HR 16 MG	Nivel 3	X	X		
HYDROMORPHON TAB 2MG	HYDROMORPHONE HCL TAB 2 MG	Nivel 2		X		
HYDROMORPHON TAB 32MG ER	HYDROMORPHONE HCL TAB ER 24HR 32 MG	Nivel 3	X	X		
HYDROMORPHON TAB 4MG	HYDROMORPHONE HCL TAB 4 MG	Nivel 2		X		
HYDROMORPHON TAB 8MG	HYDROMORPHONE HCL TAB 8 MG	Nivel 2		X		
HYDROMORPHON TAB 8MG ER	HYDROMORPHONE HCL TAB ER 24HR 8 MG	Nivel 3	X	X		
IBU TAB 400MG	IBUPROFEN TAB 400 MG	Nivel 2				
IBU TAB 600MG	IBUPROFEN TAB 600 MG	Nivel 2				
IBU TAB 800MG	IBUPROFEN TAB 800 MG	Nivel 2				
IBUPROFEN TAB 400MG	IBUPROFEN TAB 400 MG	Nivel 2				
IBUPROFEN TAB 600MG	IBUPROFEN TAB 600 MG	Nivel 2				
IBUPROFEN TAB 800MG	IBUPROFEN TAB 800 MG	Nivel 2				
INDOMETHACIN CAP 25MG	INDOMETHACIN CAP 25 MG	Nivel 2		X		
INDOMETHACIN CAP 50MG	INDOMETHACIN CAP 50 MG	Nivel 2		X		
INDOMETHACIN CAP 75MG ER	INDOMETHACIN CAP ER 75 MG	Nivel 2				
KETOPROFEN CAP 200MG ER	KETOPROFEN CAP ER 24HR 200 MG	Nivel 3			X	
KETOPROFEN CAP 25MG	KETOPROFEN CAP 25 MG	Nivel 3			X	
KETOPROFEN CAP 50MG	KETOPROFEN CAP 50 MG	Nivel 3			X	
KETOPROFEN CAP 75MG	KETOPROFEN CAP 75 MG	Nivel 3			X	
KETOROLAC TAB 10MG	KETOROLAC TROMETHAMINE TAB 10 MG	Nivel 2				
LEVORPHANOL TAB 2MG	LEVORPHANOL TARTRATE TAB 2 MG	Nivel 3	X	X		
LEVORPHANOL TAB 3MG	LEVORPHANOL TARTRATE TAB 3 MG	Nivel 3	X	X		
LORTAB ELX 10-300MG	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN SOLN 10-300 MG/15ML	Nivel 5		X		
MECLOFEN SOD CAP 100MG	MECLOFENAMATE SODIUM CAP 100 MG	Nivel 3				
MECLOFEN SOD CAP 50MG	MECLOFENAMATE SODIUM CAP 50 MG	Nivel 3				
MEFENAM ACID CAP 250MG	MEFENAMIC ACID CAP 250 MG	Nivel 3				
MELOXICAM TAB 15MG	MELOXICAM TAB 15 MG	Nivel 2				
MELOXICAM TAB 7.5MG	MELOXICAM TAB 7.5 MG	Nivel 2				
METHADONE CON 10MG/ML	METHADONE HCL CONC 10 MG/ML	Nivel 2	X	X		
METHADONE SOL 10MG/5ML	METHADONE HCL SOLN 10 MG/5ML	Nivel 2	X	X		
METHADONE SOL 5MG/5ML	METHADONE HCL SOLN 5 MG/5ML	Nivel 2	X	X		
METHADONE TAB 10MG	METHADONE HCL TAB 10 MG	Nivel 2	X	X		
METHADONE TAB 5MG	METHADONE HCL TAB 5 MG	Nivel 2	X	X		
MORPHINE SUL SOL 10/0.5ML	MORPHINE SULFATE ORAL SOLN 100 MG/5ML (20 MG/ML)	Nivel 3		X		
MORPHINE SUL SOL 100/5ML	MORPHINE SULFATE ORAL SOLN 100 MG/5ML (20 MG/ML)	Nivel 3		X		

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
MORPHINE SUL SOL 10MG/5ML	MORPHINE SULFATE ORAL SOLN 10 MG/5ML	Nivel 3		X		
MORPHINE SUL SOL 20MG/5ML	MORPHINE SULFATE ORAL SOLN 20 MG/5ML	Nivel 3		X		
MORPHINE SUL SOL 20MG/ML	MORPHINE SULFATE ORAL SOLN 100 MG/5ML (20 MG/ML)	Nivel 3		X		
MORPHINE SUL TAB 100MG ER	MORPHINE SULFATE TAB ER 100 MG	Nivel 2	X	X		
MORPHINE SUL TAB 15MG	MORPHINE SULFATE TAB 15 MG	Nivel 2		X		
MORPHINE SUL TAB 15MG ER	MORPHINE SULFATE TAB ER 15 MG	Nivel 2	X	X		
MORPHINE SUL TAB 200MG ER	MORPHINE SULFATE TAB ER 200 MG	Nivel 2	X	X		
MORPHINE SUL TAB 30MG	MORPHINE SULFATE TAB 30 MG	Nivel 2		X		
MORPHINE SUL TAB 30MG ER	MORPHINE SULFATE TAB ER 30 MG	Nivel 2	X	X		
MORPHINE SUL TAB 60MG ER	MORPHINE SULFATE TAB ER 60 MG	Nivel 2	X	X		
NABUMETONE TAB 500MG	NABUMETONE TAB 500 MG	Nivel 2				
NABUMETONE TAB 750MG	NABUMETONE TAB 750 MG	Nivel 2				
NAPROX-ESOM TAB 375-20MG	NAPROXEN-ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM TAB DR 375-20 MG	Nivel 3		X	X	
NAPROX-ESOM TAB 500-20MG	NAPROXEN-ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM TAB DR 500-20 MG	Nivel 3		X	X	
NAPROXEN SUS 125/5ML	NAPROXEN SUSP 125 MG/5ML	Nivel 3	X			
NAPROXEN TAB 250MG	NAPROXEN TAB 250 MG	Nivel 2				
NAPROXEN TAB 375MG	NAPROXEN TAB 375 MG	Nivel 2				
NAPROXEN TAB 500MG	NAPROXEN TAB 500 MG	Nivel 2				
NAPROXEN DR TAB 375MG	NAPROXEN TAB EC 375 MG	Nivel 2				
NAPROXEN DR TAB 500MG	NAPROXEN TAB EC 500 MG	Nivel 2				
NAPROXEN SOD TAB 275MG	NAPROXEN SODIUM TAB 275 MG	Nivel 2				
NAPROXEN SOD TAB 550MG	NAPROXEN SODIUM TAB 550 MG	Nivel 2				
NUCYNTA ER TAB 100MG	TAPENTADOL HCL TAB ER 12HR 100 MG	Nivel 5	X	X		
NUCYNTA ER TAB 150MG	TAPENTADOL HCL TAB ER 12HR 150 MG	Nivel 5	X	X		
NUCYNTA ER TAB 200MG	TAPENTADOL HCL TAB ER 12HR 200 MG	Nivel 5	X	X		
NUCYNTA ER TAB 250MG	TAPENTADOL HCL TAB ER 12HR 250 MG	Nivel 5	X	X		
NUCYNTA ER TAB 50MG	TAPENTADOL HCL TAB ER 12HR 50 MG	Nivel 5	X	X		
OXAPROZIN TAB 600MG	OXAPROZIN TAB 600 MG	Nivel 3				
OXYCOD/APAP TAB 10-325MG	OXYCODONE W/ ACETAMINOPHEN TAB 10-325 MG	Nivel 2		X		
OXYCOD/APAP TAB 2.5-325	OXYCODONE W/ ACETAMINOPHEN TAB 2.5-325 MG	Nivel 2		X		
OXYCOD/APAP TAB 5-325MG	OXYCODONE W/ ACETAMINOPHEN TAB 5-325 MG	Nivel 2		X		
OXYCOD/APAP TAB 7.5-325	OXYCODONE W/ ACETAMINOPHEN TAB 7.5-325 MG	Nivel 2		X		
OXYCOD/ASA TAB	OXYCODONE-ASPIRIN TAB 4.8355-325 MG	Nivel 3		X		
OXYCODONE CAP 5MG	OXYCODONE HCL CAP 5 MG	Nivel 2		X		
OXYCODONE CAP HCL 5MG	OXYCODONE HCL CAP 5 MG	Nivel 2		X		
OXYCODONE CON 100/5ML	OXYCODONE HCL CONC 100 MG/5ML (20 MG/ML)	Nivel 3		X		
OXYCODONE SOL 5MG/5ML	OXYCODONE HCL SOLN 5 MG/5ML	Nivel 2		X		
OXYCODONE TAB 10MG	OXYCODONE HCL TAB 10 MG	Nivel 2		X		
OXYCODONE TAB 15MG	OXYCODONE HCL TAB 15 MG	Nivel 2		X		
OXYCODONE TAB 20MG	OXYCODONE HCL TAB 20 MG	Nivel 2		X		

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
OXYCODONE TAB 30MG	OXYCODONE HCL TAB 30 MG	Nivel 2		X		
OXYCODONE TAB 5MG	OXYCODONE HCL TAB 5 MG	Nivel 2		X		
OXYMORPHONE TAB 10MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER 12HR 10 MG	Nivel 3	X	X		
OXYMORPHONE TAB 15MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER 12HR 15 MG	Nivel 3	X	X		
OXYMORPHONE TAB 20MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER 12HR 20 MG	Nivel 3	X	X		
OXYMORPHONE TAB 30MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER 12HR 30 MG	Nivel 3	X	X		
OXYMORPHONE TAB 40MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER 12HR 40 MG	Nivel 3	X	X		
OXYMORPHONE TAB 5MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER 12HR 5 MG	Nivel 3	X	X		
OXYMORPHONE TAB 7.5MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER 12HR 7.5 MG	Nivel 3	X	X		
OXYMORPHONE TAB HCL 10MG	OXYMORPHONE HCL TAB 10 MG	Nivel 3		X		
OXYMORPHONE TAB HCL 5MG	OXYMORPHONE HCL TAB 5 MG	Nivel 3		X		
PENTAZ/NALOX TAB 50-0.5MG	PENTAZOCINE W/ NALOXONE HCL TAB 50-0.5 MG	Nivel 3		X		
PIROXICAM CAP 10MG	PIROXICAM CAP 10 MG	Nivel 2				
PIROXICAM CAP 20MG	PIROXICAM CAP 20 MG	Nivel 2				
SALSALATE TAB 500MG	SALSALATE TAB 500 MG	Nivel 2				
SALSALATE TAB 750MG	SALSALATE TAB 750 MG	Nivel 2				
ST JOSEPH CHW LOW 81MG	ASPIRIN CHEW TAB 81 MG	Nivel 1				H-A
SULINDAC TAB 150MG	SULINDAC TAB 150 MG	Nivel 2				
SULINDAC TAB 200MG	SULINDAC TAB 200 MG	Nivel 2				
TENCON TAB 50-325MG	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN TAB 50-325 MG	Nivel 3		X		
TOLMETIN SOD CAP 400MG	TOLMETIN SODIUM CAP 400 MG	Nivel 3				
TOLMETIN SOD TAB 600MG	TOLMETIN SODIUM TAB 600 MG	Nivel 3				
TRAMADL/APAP TAB 37.5-325	TRAMADOL-ACETAMINOPHEN TAB 37.5-325 MG	Nivel 2		X		
TRAMADOL HCL TAB 100MG ER	TRAMADOL HCL TAB ER 24HR 100 MG	Nivel 3	X	X		
TRAMADOL HCL TAB 100MG ER	TRAMADOL HCL TAB ER 24HR BIPHASIC RELEASE 100 MG	Nivel 3	X	X		
TRAMADOL HCL TAB 200MG ER	TRAMADOL HCL TAB ER 24HR 200 MG	Nivel 3	X	X		
TRAMADOL HCL TAB 200MG ER	TRAMADOL HCL TAB ER 24HR BIPHASIC RELEASE 200 MG	Nivel 3	X	X		
TRAMADOL HCL TAB 300MG ER	TRAMADOL HCL TAB ER 24HR 300 MG	Nivel 3	X	X		
TRAMADOL HCL TAB 300MG ER	TRAMADOL HCL TAB ER 24HR BIPHASIC RELEASE 300 MG	Nivel 3	X	X		
TRAMADOL HCL TAB 50MG	TRAMADOL HCL TAB 50 MG	Nivel 2		X		
XTAMPZA ER CAP 13.5MG	OXYCODONE CAP ER 12HR ABUSE- DETERRENT 13.5 MG	Nivel 5	X	X		
XTAMPZA ER CAP 18MG	OXYCODONE CAP ER 12HR ABUSE- DETERRENT 18 MG	Nivel 5	X	X		
XTAMPZA ER CAP 27MG	OXYCODONE CAP ER 12HR ABUSE- DETERRENT 27 MG	Nivel 5	X	X		
XTAMPZA ER CAP 36MG	OXYCODONE CAP ER 12HR ABUSE- DETERRENT 36 MG	Nivel 5	X	X		
XTAMPZA ER CAP 9MG	OXYCODONE CAP ER 12HR ABUSE- DETERRENT 9 MG	Nivel 5	X	X		

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
Anestésicos						
GLYDO GEL 2%	LIDOCAINE HCL URETHRAL/ MUCOSAL GEL PREFILLED SYRINGE 2%	Nivel 2				
LIDO/PRILOCN CRE 2.5-2.5%	LIDOCAINE-PRILOCAINE CREAM 2.5- 2.5%	Nivel 2				
LIDOCA/TETRA CRE 7/7%	LIDOCAINE-TETRACAINE CREAM 7-7%	Nivel 5				
LIDOCAINE CRE TETRACAI	LIDOCAINE-TETRACAINE CREAM 7-7%	Nivel 5				
LIDOCAINE GEL 2% JELLY	LIDOCAINE HCL URETHRAL/ MUCOSAL GEL 2%	Nivel 2				
LIDOCAINE GEL 2% JELLY	LIDOCAINE HCL URETHRAL/ MUCOSAL GEL PREFILLED SYRINGE 2%	Nivel 2				
LIDOCAINE OIN 5%	LIDOCAINE OINT 5%	Nivel 2		X		
LIDOCAINE PAD 5%	LIDOCAINE PATCH 5%	Nivel 3	X	X		
LIDOCAINE SOL 2% ORAL	LIDOCAINE HCL VISCOUS SOLN 2%	Nivel 2				
LIDOCAINE SOL 2% VISC	LIDOCAINE HCL VISCOUS SOLN 2%	Nivel 2				
LIDOCAINE SOL 4%	LIDOCAINE HCL LARYNGOTRACHEAL SOLN 4%	Nivel 3				
LIDOCAINE SOL 4%	LIDOCAINE HCL SOLN 4%	Nivel 3				
Antidictivos/agentes para el tratamiento del abuso de sustancias						
ACAMPRO CAL TAB 333MG	ACAMPROSATE CALCIUM TAB DELAYED RELEASE 333 MG	Nivel 1				BH
BUPREN/NALOX MIS 12-3MG	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL FILM 12-3 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				BH
BUPREN/NALOX MIS 2-0.5MG	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL FILM 2-0.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				BH
BUPREN/NALOX MIS 4-1MG	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL FILM 4-1 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				BH
BUPREN/NALOX MIS 8-2MG	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL FILM 8-2 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				BH
BUPREN/NALOX SUB 2-0.5MG	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 2-0.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				BH
BUPREN/NALOX SUB 8-2MG	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 8-2 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				BH
BUPRENORPHIN SUB 2MG	BUPRENORPHINE HCL SL TAB 2 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				BH
BUPRENORPHIN SUB 8MG	BUPRENORPHINE HCL SL TAB 8 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				BH
BUPROPION TAB 150MG SR	BUPROPION HCL (SMOKING DETERRENT) TAB ER 12HR 150 MG	Nivel 1		X		BH & H
DISULFIRAM TAB 250MG	DISULFIRAM TAB 250 MG	Nivel 1				BH
DISULFIRAM TAB 500MG	DISULFIRAM TAB 500 MG	Nivel 1				BH
NALOXONE INJ 0.4MG/ML	NALOXONE HCL INJ 0.4 MG/ML	Nivel 1				BH
NALOXONE INJ 0.4MG/ML	NALOXONE HCL INJ 4 MG/10ML	Nivel 1				BH
NALOXONE INJ 0.4MG/ML	NALOXONE HCL SOLN CARTRIDGE 0.4 MG/ML	Nivel 1				BH
NALOXONE INJ 1MG/ML	NALOXONE HCL SOLN PREFILLED SYRINGE 2 MG/2ML	Nivel 1				BH
NALOXONE INJ 2MG/2ML	NALOXONE HCL SOLN PREFILLED SYRINGE 2 MG/2ML	Nivel 1				BH
NALOXONE INJ 4MG/10ML	NALOXONE HCL INJ 4 MG/10ML	Nivel 1				BH
NALOXONE HCL SPR 4MG	NALOXONE HCL NASAL SPRAY 4 MG/0.1ML	Nivel 1				BH
NALTREXONE TAB 50MG	NALTREXONE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				BH

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
NARCAN SPR 4MG	NALOXONE HCL NASAL SPRAY 4 MG/0.1ML	Nivel 1				BH
NICODERM CQ DIS 14MG/24H	NICOTINE TD PATCH 24HR 14 MG/24HR	Nivel 1		X		BH & H
NICODERM CQ DIS 21MG/24H	NICOTINE TD PATCH 24HR 21 MG/24HR	Nivel 1		X		BH & H
NICODERM CQ DIS 7MG/24HR	NICOTINE TD PATCH 24HR 7 MG/24HR	Nivel 1		X		BH & H
NICORETTE GUM 2MG	NICOTINE POLACRILEX GUM 2 MG	Nivel 1		X		BH & H
NICORETTE GUM 4MG	NICOTINE POLACRILEX GUM 4 MG	Nivel 1		X		BH & H
NICORETTE LOZ 2MG MINT	NICOTINE POLACRILEX LOZENGE 2 MG	Nivel 1		X		BH & H
NICORETTE LOZ 4MG MINT	NICOTINE POLACRILEX LOZENGE 4 MG	Nivel 1		X		BH & H
NICOTINE DIS 7MG/24HR	NICOTINE TD PATCH 24HR 7 MG/24HR	Nivel 1		X		BH & H
NICOTINE GUM 2MG	NICOTINE POLACRILEX GUM 2 MG	Nivel 1		X		BH & H
NICOTINE GUM 4MG	NICOTINE POLACRILEX GUM 4 MG	Nivel 1		X		BH & H
NICOTINE LOZ 2MG MINT	NICOTINE POLACRILEX LOZENGE 2 MG	Nivel 1		X		BH & H
NICOTINE LOZ 4MG MINT	NICOTINE POLACRILEX LOZENGE 4 MG	Nivel 1		X		BH & H
NICOTINE SYS KIT TRANSDER	NICOTINE TD PATCH 24 HR KIT 21-14-7 MG/24HR	Nivel 1		X		BH & H
NICOTINE TD DIS 14MG/24H	NICOTINE TD PATCH 24HR 14 MG/24HR	Nivel 1		X		BH & H
NICOTINE TD DIS 21MG/24H	NICOTINE TD PATCH 24HR 21 MG/24HR	Nivel 1		X		BH & H
NICOTROL INH	NICOTINE INHALER SYSTEM 10 MG (4 MG DELIVERED)	Nivel 1		X		BH & H
NICOTROL NS SPR 10MG/ML	NICOTINE NASAL SPRAY 10 MG/ML (0.5 MG/SPRAY)	Nivel 1		X		BH & H
THRIVE GUM 2MG MINT	NICOTINE POLACRILEX GUM 2 MG	Nivel 1		X		BH & H
VARENICLINE TAB 0.5& 1MG	VARENICLINE TARTRATE TAB 11 X 0.5 MG & 42 X 1 MG START PACK	Nivel 1		X		BH & H
VARENICLINE TAB 0.5MG	VARENICLINE TARTRATE TAB 0.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		BH & H
VARENICLINE TAB 1MG	VARENICLINE TARTRATE TAB 1 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		BH & H
ZUBSOLV SUB 0.7-0.18	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 0.7-0.18 MG (BASE EQ)	Nivel 1				BH
ZUBSOLV SUB 1.4-0.36	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 1.4-0.36 MG (BASE EQ)	Nivel 1				BH
ZUBSOLV SUB 11.4-2.9	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 11.4-2.9 MG (BASE EQ)	Nivel 1				BH
ZUBSOLV SUB 2.9-0.71	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 2.9-0.71 MG (BASE EQ)	Nivel 1				BH
ZUBSOLV SUB 5.7-1.4	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 5.7-1.4 MG (BASE EQ)	Nivel 1				BH
ZUBSOLV SUB 8.6-2.1	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 8.6-2.1 MG (BASE EQ)	Nivel 1				BH
Antibacterianos						
ALTABAX OIN 1%	RETAPAMULIN OINT 1%	Nivel 5		X		
AMOX/K CLAV CHW 200MG	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 200-28.5 MG	Nivel 2				
AMOX/K CLAV CHW 400MG	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 400-57 MG	Nivel 2				
AMOX/K CLAV SUS 200/5ML	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 200-28.5 MG/5ML	Nivel 2				

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
AMOX/K CLAV SUS 250/5ML	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 250-62.5 MG/5ML	Nivel 2				
AMOX/K CLAV SUS 400/5ML	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 400-57 MG/5ML	Nivel 2				
AMOX/K CLAV SUS 600/5ML	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 600-42.9 MG/5ML	Nivel 2				
AMOX/K CLAV TAB 250-125	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE TAB 250-125 MG	Nivel 2				
AMOX/K CLAV TAB 500-125	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE TAB 500-125 MG	Nivel 2				
AMOX/K CLAV TAB 875-125	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE TAB 875-125 MG	Nivel 2				
AMOXICILLIN CAP 250MG	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) CAP 250 MG	Nivel 2				
AMOXICILLIN CAP 500MG	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) CAP 500 MG	Nivel 2				
AMOXICILLIN CHW 125MG	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) CHEW TAB 125 MG	Nivel 2				
AMOXICILLIN CHW 250MG	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) CHEW TAB 250 MG	Nivel 2				
AMOXICILLIN SUS 125/5ML	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) FOR SUSP 125 MG/5ML	Nivel 2				
AMOXICILLIN SUS 200/5ML	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) FOR SUSP 200 MG/5ML	Nivel 2				
AMOXICILLIN SUS 250/5ML	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) FOR SUSP 250 MG/5ML	Nivel 2				
AMOXICILLIN SUS 250MG/5M	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) FOR SUSP 250 MG/5ML	Nivel 2				
AMOXICILLIN SUS 400/5ML	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) FOR SUSP 400 MG/5ML	Nivel 2				
AMOXICILLIN TAB 500MG	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) TAB 500 MG	Nivel 2				
AMOXICILLIN TAB 875MG	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) TAB 875 MG	Nivel 2				
AMPICILLIN CAP 500MG	AMPICILLIN CAP 500 MG	Nivel 2				
AVIDOXY TAB 100MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE TAB 100 MG	Nivel 2				
AZITHROMYCIN POW 1GM PAK	AZITHROMYCIN POWD PACK FOR SUSP 1 GM	Nivel 2				
AZITHROMYCIN SUS 100/5ML	AZITHROMYCIN FOR SUSP 100 MG/5ML	Nivel 2				
AZITHROMYCIN SUS 200/5ML	AZITHROMYCIN FOR SUSP 200 MG/5ML	Nivel 2				
AZITHROMYCIN TAB 250MG	AZITHROMYCIN TAB 250 MG	Nivel 2				
AZITHROMYCIN TAB 500MG	AZITHROMYCIN TAB 500 MG	Nivel 2				
AZITHROMYCIN TAB 600MG	AZITHROMYCIN TAB 600 MG	Nivel 2				
BAXDELA TAB 450MG	DELAFLOXACIN MEGLUMINE TAB 450 MG (BASE EQUIV)	Nivel 5				
CEFACLOR CAP 250MG	CEFACLOR CAP 250 MG	Nivel 2				
CEFACLOR CAP 500MG	CEFACLOR CAP 500 MG	Nivel 2				
CEFACLOR ER TAB 500MG	CEFACLOR MONOHYDRATE TAB ER 12HR 500 MG	Nivel 3				
CEFADROXIL CAP 500MG	CEFADROXIL CAP 500 MG	Nivel 2				
CEFADROXIL SUS 250/5ML	CEFADROXIL FOR SUSP 250 MG/5ML	Nivel 2				
CEFADROXIL SUS 500/5ML	CEFADROXIL FOR SUSP 500 MG/5ML	Nivel 2				
CEFADROXIL TAB 1GM	CEFADROXIL TAB 1 GM	Nivel 3				
CEFDINIR CAP 300MG	CEFDINIR CAP 300 MG	Nivel 2				
CEFDINIR SUS 125/5ML	CEFDINIR FOR SUSP 125 MG/5ML	Nivel 2				

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
CEFDINIR SUS 250/5ML	CEFDINIR FOR SUSP 250 MG/5ML	Nivel 2				
CEFIXIME CAP 400MG	CEFIXIME CAP 400 MG	Nivel 3				
CEFIXIME SUS 100/5ML	CEFIXIME FOR SUSP 100 MG/5ML	Nivel 3				
CEFIXIME SUS 200/5ML	CEFIXIME FOR SUSP 200 MG/5ML	Nivel 3				
CEFPODO PROX SUS 100/5ML	CEFPODOXIME PROXETIL FOR SUSP 100 MG/5ML	Nivel 3				
CEFPODO PROX SUS 50MG/5ML	CEFPODOXIME PROXETIL FOR SUSP 50 MG/5ML	Nivel 3				
CEFPODOXIME TAB 100MG	CEFPODOXIME PROXETIL TAB 100 MG	Nivel 3				
CEFPODOXIME TAB 200MG	CEFPODOXIME PROXETIL TAB 200 MG	Nivel 3				
CEFPROZIL SUS 125/5ML	CEFPROZIL FOR SUSP 125 MG/5ML	Nivel 2				
CEFPROZIL SUS 250/5ML	CEFPROZIL FOR SUSP 250 MG/5ML	Nivel 2				
CEFPROZIL TAB 250MG	CEFPROZIL TAB 250 MG	Nivel 2				
CEFPROZIL TAB 500MG	CEFPROZIL TAB 500 MG	Nivel 2				
CEFUROXIME TAB 250MG	CEFUROXIME AXETIL TAB 250 MG	Nivel 2				
CEFUROXIME TAB 500MG	CEFUROXIME AXETIL TAB 500 MG	Nivel 2				
CEPHALEXIN CAP 250MG	CEPHALEXIN CAP 250 MG	Nivel 2				
CEPHALEXIN CAP 500MG	CEPHALEXIN CAP 500 MG	Nivel 2				
CEPHALEXIN CAP 750MG	CEPHALEXIN CAP 750 MG	Nivel 2				
CEPHALEXIN SUS 125/5ML	CEPHALEXIN FOR SUSP 125 MG/5ML	Nivel 2				
CEPHALEXIN SUS 250/5ML	CEPHALEXIN FOR SUSP 250 MG/5ML	Nivel 2				
CIPROFLOXACN SUS 250/5ML	CIPROFLOXACIN FOR ORAL SUSP 250 MG/5ML (5%) (5 GM/100ML)	Nivel 3				
CIPROFLOXACN TAB 100MG	CIPROFLOXACIN HCL TAB 100 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2				
CIPROFLOXACN TAB 250MG	CIPROFLOXACIN HCL TAB 250 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2				
CIPROFLOXACN TAB 500MG	CIPROFLOXACIN HCL TAB 500 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2				
CIPROFLOXACN TAB 750MG	CIPROFLOXACIN HCL TAB 750 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2				
CLARITHROMYC SUS 125/5ML	CLARITHROMYCIN FOR SUSP 125 MG/5ML	Nivel 3				
CLARITHROMYC SUS 250/5ML	CLARITHROMYCIN FOR SUSP 250 MG/5ML	Nivel 3				
CLARITHROMYC TAB 250MG	CLARITHROMYCIN TAB 250 MG	Nivel 2				
CLARITHROMYC TAB 500MG	CLARITHROMYCIN TAB 500 MG	Nivel 2				
CLARITHROMYC TAB 500MG ER	CLARITHROMYCIN TAB ER 24HR 500 MG	Nivel 3				
CLINDAMYCIN CAP 150MG	CLINDAMYCIN HCL CAP 150 MG	Nivel 2				
CLINDAMYCIN CAP 300MG	CLINDAMYCIN HCL CAP 300 MG	Nivel 2				
CLINDAMYCIN CAP 75MG	CLINDAMYCIN HCL CAP 75 MG	Nivel 2				
CLINDAMYCIN CRE 2% VAG	CLINDAMYCIN PHOSPHATE VAGINAL CREAM 2%	Nivel 2				
CLINDAMYCIN SOL 75MG/5ML	CLINDAMYCIN PALMITATE HCL FOR SOLN 75 MG/5ML (BASE EQUIV)	Nivel 3				
DEMECLOCYCL TAB 150MG	DEMECLOCYCLINE HCL TAB 150 MG	Nivel 3				
DEMECLOCYCL TAB 300MG	DEMECLOCYCLINE HCL TAB 300 MG	Nivel 3				
DICLOXACILL CAP 250MG	DICLOXACILLIN SODIUM CAP 250 MG	Nivel 2				
DICLOXACILL CAP 500MG	DICLOXACILLIN SODIUM CAP 500 MG	Nivel 2				
DIFICID SUS	FIDAXOMICIN FOR SUSP 40 MG/ML	Nivel 5		X		
DIFICID TAB 200MG	FIDAXOMICIN TAB 200 MG	Nivel 5		X		
DOXYCYC MONO CAP 100MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE CAP 100 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
DOXYCYC MONO CAP 50MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE CAP 50 MG	Nivel 2				
DOXYCYC MONO TAB 100MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE TAB 100 MG	Nivel 2				
DOXYCYC MONO TAB 150MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE TAB 150 MG	Nivel 2				
DOXYCYC MONO TAB 50MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE TAB 50 MG	Nivel 2				
DOXYCYC MONO TAB 75MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE TAB 75 MG	Nivel 2				
DOXYCYCL HYC CAP 100MG	DOXYCYCLINE HYCLATE CAP 100 MG	Nivel 2				
DOXYCYCL HYC CAP 50MG	DOXYCYCLINE HYCLATE CAP 50 MG	Nivel 2				
DOXYCYCL HYC TAB 100MG	DOXYCYCLINE HYCLATE TAB 100 MG	Nivel 2				
DOXYCYCLINE SUS 25MG/5ML	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE FOR SUSP 25 MG/5ML	Nivel 3				
DOXYCYCLINE TAB 20MG	DOXYCYCLINE HYCLATE TAB 20 MG	Nivel 2				
ERYTHROCIN TAB 250MG	ERYTHROMYCIN STEARATE TAB 250 MG	Nivel 5				
ERYTHROM ETH SUS 200/5ML	ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE FOR SUSP 200 MG/5ML	Nivel 3				
ERYTHROM ETH SUS 400/5ML	ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE FOR SUSP 400 MG/5ML	Nivel 3				
ERYTHROM ETH TAB 400MG	ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE TAB 400 MG	Nivel 3				
ERYTHROM ST TAB 250MG	ERYTHROMYCIN STEARATE TAB 250 MG	Nivel 3				
ERYTHROMYCIN CAP 250MG EC	ERYTHROMYCIN W/ DELAYED RELEASE PARTICLES CAP 250 MG	Nivel 3				
ERYTHROMYCIN TAB 250MG	ERYTHROMYCIN TAB 250 MG	Nivel 3				
ERYTHROMYCIN TAB 250MG BS	ERYTHROMYCIN TAB 250 MG	Nivel 3				
ERYTHROMYCIN TAB 250MG EC	ERYTHROMYCIN TAB DELAYED RELEASE 250 MG	Nivel 3				
ERYTHROMYCIN TAB 333MG EC	ERYTHROMYCIN TAB DELAYED RELEASE 333 MG	Nivel 3				
ERYTHROMYCIN TAB 500MG	ERYTHROMYCIN TAB 500 MG	Nivel 3				
ERYTHROMYCIN TAB 500MG BS	ERYTHROMYCIN TAB 500 MG	Nivel 3				
ERYTHROMYCIN TAB 500MG EC	ERYTHROMYCIN TAB DELAYED RELEASE 500 MG	Nivel 3				
FIRVANQ SOL 25MG/ML	VANCOMYCIN HCL FOR ORAL SOLN 25 MG/ML (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
FIRVANQ SOL 50MG/ML	VANCOMYCIN HCL FOR ORAL SOLN 50 MG/ML (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
FOSFOMYCIN POW 3GM	FOSFOMYCIN TROMETHAMINE POWD PACK 3 GM (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
GENTAMICIN CRE 0.1%	GENTAMICIN SULFATE CREAM 0.1%	Nivel 3				
GENTAMICIN OIN 0.1%	GENTAMICIN SULFATE OINT 0.1%	Nivel 3				
LEVOFLOXACIN SOL 25MG/ML	LEVOFLOXACIN ORAL SOLN 25 MG/ML	Nivel 3				
LEVOFLOXACIN TAB 250MG	LEVOFLOXACIN TAB 250 MG	Nivel 2				
LEVOFLOXACIN TAB 500MG	LEVOFLOXACIN TAB 500 MG	Nivel 2				
LEVOFLOXACIN TAB 750MG	LEVOFLOXACIN TAB 750 MG	Nivel 2				
LINEZOLID SUS 100/5ML	LINEZOLID FOR SUSP 100 MG/5ML	Nivel 3		X		
LINEZOLID TAB 600MG	LINEZOLID TAB 600 MG	Nivel 3		X		
MAFENIDE ACE PAK 5%	MAFENIDE ACETATE PACKET FOR TOPICAL SOLN 5% (50 GM)	Nivel 3				
METHENAM HIP TAB 1GM	METHENAMINE HIPPURATE TAB 1 GM	Nivel 2				

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
METRONIDAZOL GEL 0.75% VAG	METRONIDAZOLE VAGINAL GEL 0.75%	Nivel 2				
METRONIDAZOL TAB 250MG	METRONIDAZOLE TAB 250 MG	Nivel 2				
METRONIDAZOL TAB 500MG	METRONIDAZOLE TAB 500 MG	Nivel 2				
MINOCYCLINE CAP 100MG	MINOCYCLINE HCL CAP 100 MG	Nivel 2				
MINOCYCLINE CAP 50MG	MINOCYCLINE HCL CAP 50 MG	Nivel 2				
MINOCYCLINE CAP 75MG	MINOCYCLINE HCL CAP 75 MG	Nivel 2				
MONDOXYNE NL CAP 100MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE CAP 100 MG	Nivel 2				
MOXIFLOXACIN TAB 400MG	MOXIFLOXACIN HCL TAB 400 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2				
MUPIROCIN CRE 2%	MUPIROCIN CALCIUM CREAM 2%	Nivel 3		X		
MUPIROCIN OIN 2%	MUPIROCIN OINT 2%	Nivel 2		X		
NEO-SYNALAR CRE	NEOMYCIN SULFATE-FLUOCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.5-0.025%	Nivel 5		X		
NEO-SYNALAR KIT	*NEOMYCIN-FLUOCINOLONE CREAM 0.5-0.025% & EMOLLIENT CR KIT*	Nivel 5		X		
NEOMYCIN TAB 500MG	NEOMYCIN SULFATE TAB 500 MG	Nivel 2				
NITROFUR MAC CAP 100MG	NITROFURANTOIN MACROCRYSTALLINE CAP 100 MG	Nivel 3				
NITROFUR MAC CAP 25MG	NITROFURANTOIN MACROCRYSTALLINE CAP 25 MG	Nivel 3				
NITROFUR MAC CAP 50MG	NITROFURANTOIN MACROCRYSTALLINE CAP 50 MG	Nivel 3				
NITROFURANTN CAP 100MG	NITROFURANTOIN MONOHYDRATE MACROCRYSTALLINE CAP 100 MG	Nivel 2				
NITROFURANTN SUS 25MG/5ML	NITROFURANTOIN SUSP 25 MG/5ML	Nivel 3				
NUZYRA TAB 150MG	OMADACYCLINE TOSYLATE TAB 150 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 5		X		
OFLOXACIN TAB 300MG	OFLOXACIN TAB 300 MG	Nivel 3				
OFLOXACIN TAB 400MG	OFLOXACIN TAB 400 MG	Nivel 3				
PAROMOMYCIN CAP 250MG	PAROMOMYCIN SULFATE CAP 250 MG	Nivel 3				
PENICILLN VK SOL 125/5ML	PENICILLIN V POTASSIUM FOR SOLN 125 MG/5ML	Nivel 2				
PENICILLN VK SOL 250/5ML	PENICILLIN V POTASSIUM FOR SOLN 250 MG/5ML	Nivel 2				
PENICILLN VK TAB 250MG	PENICILLIN V POTASSIUM TAB 250 MG	Nivel 2				
PENICILLN VK TAB 500MG	PENICILLIN V POTASSIUM TAB 500 MG	Nivel 2				
PRIMSOL SOL 50MG/5ML	TRIMETHOPRIM HCL ORAL SOLN 50 MG/5ML (BASE EQUIV)	Nivel 5				
SILVER SULFA CRE 1%	SILVER SULFADIAZINE CREAM 1%	Nivel 2				
SMZ-TMP SUS 200-40/5	SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM SUSP 200-40 MG/5ML	Nivel 2				
SMZ-TMP TAB 400-80MG	SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM TAB 400-80 MG	Nivel 2				
SMZ-TMP DS TAB 800-160	SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM TAB 800-160 MG	Nivel 2				
SMZ/TMP DS TAB 800-160	SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM TAB 800-160 MG	Nivel 2				
SSD CRE 1%	SILVER SULFADIAZINE CREAM 1%	Nivel 2				
SULFADIAZINE TAB 500MG	SULFADIAZINE TAB 500 MG	Nivel 3				
SULFAMYLON CRE 85MG/GM	MAFENIDE ACETATE CREAM 85 MG/GM	Nivel 5				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
SULFATRIM PD SUS 200-40/5	SULFAMETHOXAZOLE- TRIMETHOPRIM SUSP 200-40 MG/5ML	Nivel 2				
TETRACYCLINE CAP 250MG	TETRACYCLINE HCL CAP 250 MG	Nivel 3				
TETRACYCLINE CAP 500MG	TETRACYCLINE HCL CAP 500 MG	Nivel 3				
TINIDAZOLE TAB 250MG	TINIDAZOLE TAB 250 MG	Nivel 2				
TINIDAZOLE TAB 500MG	TINIDAZOLE TAB 500 MG	Nivel 2				
TRIMETHOPRIM TAB 100MG	TRIMETHOPRIM TAB 100 MG	Nivel 2				
VANCOMYCIN CAP 125MG	VANCOMYCIN HCL CAP 125 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
VANCOMYCIN CAP 250MG	VANCOMYCIN HCL CAP 250 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
VANCOMYCIN SOL 250/5ML	VANCOMYCIN HCL FOR ORAL SOLN 50 MG/ML (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
VANCOMYCIN SOL 25MG/ML	VANCOMYCIN HCL FOR ORAL SOLN 25 MG/ML (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
VANCOMYCIN SOL 50MG/ML	VANCOMYCIN HCL FOR ORAL SOLN 50 MG/ML (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
VANCOMYCIN SOL 50MG/ML	VANCOMYCIN HCL FOR ORAL SOLN 50 MG/ML (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
VANCOMYCIN SOL 50MG/ML	VANCOMYCIN HCL FOR ORAL SOLN 50 MG/ML (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
VANDAZOLE GEL 0.75%	METRONIDAZOLE VAGINAL GEL 0.75%	Nivel 2				
XEPI CRE 1%	OZENOXACIN CREAM 1%	Nivel 5		X		
XIFAXAN TAB 200MG	RIFAXIMIN TAB 200 MG	Nivel 5	X	X		
XIFAXAN TAB 550MG	RIFAXIMIN TAB 550 MG	Nivel 5	X	X		
Antiepilépticos						
APTIOM TAB 200MG	ESLICARBAZEPINE ACETATE TAB 200 MG	Nivel 5	X	X		
APTIOM TAB 400MG	ESLICARBAZEPINE ACETATE TAB 400 MG	Nivel 5	X	X		
APTIOM TAB 600MG	ESLICARBAZEPINE ACETATE TAB 600 MG	Nivel 5	X	X		
APTIOM TAB 800MG	ESLICARBAZEPINE ACETATE TAB 800 MG	Nivel 5	X	X		
CARBAMAZEPIN CAP 100MG ER	CARBAMAZEPINE CAP ER 12HR 100 MG	Nivel 3				BH*
CARBAMAZEPIN CAP 200MG ER	CARBAMAZEPINE CAP ER 12HR 200 MG	Nivel 3				BH*
CARBAMAZEPIN CAP 300MG ER	CARBAMAZEPINE CAP ER 12HR 300 MG	Nivel 3				BH*
CARBAMAZEPIN CHW 100MG	CARBAMAZEPINE CHEW TAB 100 MG	Nivel 2				BH*
CARBAMAZEPIN SUS 100/5ML	CARBAMAZEPINE SUSP 100 MG/5ML	Nivel 3				BH*
CARBAMAZEPIN TAB 100MGER	CARBAMAZEPINE TAB ER 12HR 100 MG	Nivel 3				BH*
CARBAMAZEPIN TAB 200MG	CARBAMAZEPINE TAB 200 MG	Nivel 2				BH*
CARBAMAZEPIN TAB 200MG ER	CARBAMAZEPINE TAB ER 12HR 200 MG	Nivel 3				BH*
CARBAMAZEPIN TAB 400MG ER	CARBAMAZEPINE TAB ER 12HR 400 MG	Nivel 3				BH*
CELONTIN CAP 300MG	METHSUXIMIDE CAP 300 MG	Nivel 3				
CLOBAZAM SUS 2.5MG/ML	CLOBAZAM SUSPENSION 2.5 MG/ML	Nivel 3	X	X		BH*
CLOBAZAM TAB 10MG	CLOBAZAM TAB 10 MG	Nivel 3	X	X		BH*
CLOBAZAM TAB 20MG	CLOBAZAM TAB 20 MG	Nivel 3	X	X		BH*
DIACOMIT CAP 250MG	STIRIPENTOL CAP 250 MG	Nivel 6	X	X		
DIACOMIT CAP 500MG	STIRIPENTOL CAP 500 MG	Nivel 6	X	X		
DIACOMIT PAK 250MG	STIRIPENTOL PACKET 250 MG	Nivel 6	X	X		
DIACOMIT PAK 500MG	STIRIPENTOL PACKET 500 MG	Nivel 6	X	X		
DIAZEPAM GEL 10MG	DIAZEPAM RECTAL GEL DELIVERY SYSTEM 10 MG	Nivel 3		X		

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
DIAZEPAM GEL 2.5MG	DIAZEPAM RECTAL GEL DELIVERY SYSTEM 2.5 MG	Nivel 3		X		
DIAZEPAM GEL 20MG	DIAZEPAM RECTAL GEL DELIVERY SYSTEM 20 MG	Nivel 3		X		
DILANTIN CAP 30MG	PHENYTOIN SODIUM EXTENDED CAP 30 MG	Nivel 5				BH*
DIVALPROEX CAP 125MG	DIVALPROEX SODIUM CAP DELAYED RELEASE SPRINKLE 125 MG	Nivel 2				BH*
DIVALPROEX TAB 125MG DR	DIVALPROEX SODIUM TAB DELAYED RELEASE 125 MG	Nivel 2				BH*
DIVALPROEX TAB 250MG DR	DIVALPROEX SODIUM TAB DELAYED RELEASE 250 MG	Nivel 2				BH*
DIVALPROEX TAB 250MG ER	DIVALPROEX SODIUM TAB ER 24 HR 250 MG	Nivel 2				BH*
DIVALPROEX TAB 500MG DR	DIVALPROEX SODIUM TAB DELAYED RELEASE 500 MG	Nivel 2				BH*
DIVALPROEX TAB 500MG ER	DIVALPROEX SODIUM TAB ER 24 HR 500 MG	Nivel 2				BH*
EPITOL TAB 200MG	CARBAMAZEPINE TAB 200 MG	Nivel 2				BH*
ETHOSUXIMIDE CAP 250MG	ETHOSUXIMIDE CAP 250 MG	Nivel 3				
ETHOSUXIMIDE SOL 250/5ML	ETHOSUXIMIDE SOLN 250 MG/5ML	Nivel 3				
FELBAMATE SUS 600/5ML	FELBAMATE SUSP 600 MG/5ML	Nivel 3				
FELBAMATE TAB 400MG	FELBAMATE TAB 400 MG	Nivel 3				
FELBAMATE TAB 600MG	FELBAMATE TAB 600 MG	Nivel 3				
FYCOMPA SUS 0.5MG/ML	PERAMPANEL SUSP 0.5 MG/ML	Nivel 5	X	X		
GABAPENTIN CAP 100MG	GABAPENTIN CAP 100 MG	Nivel 2				BH*
GABAPENTIN CAP 300MG	GABAPENTIN CAP 300 MG	Nivel 2				BH*
GABAPENTIN CAP 400MG	GABAPENTIN CAP 400 MG	Nivel 2				BH*
GABAPENTIN SOL 250/5ML	GABAPENTIN ORAL SOLN 250 MG/5ML	Nivel 2				BH*
GABAPENTIN TAB 600MG	GABAPENTIN TAB 600 MG	Nivel 2				BH*
GABAPENTIN TAB 800MG	GABAPENTIN TAB 800 MG	Nivel 2				BH*
LACOSAMIDE SOL 100/10ML	LACOSAMIDE ORAL SOLUTION 10 MG/ML	Nivel 3	X	X		
LACOSAMIDE SOL 10MG/ML	LACOSAMIDE ORAL SOLUTION 10 MG/ML	Nivel 3	X	X		
LACOSAMIDE SOL 150/15ML	LACOSAMIDE ORAL SOLUTION 10 MG/ML	Nivel 3	X	X		
LACOSAMIDE SOL 200/20ML	LACOSAMIDE ORAL SOLUTION 10 MG/ML	Nivel 3	X	X		
LACOSAMIDE SOL 50/5ML	LACOSAMIDE ORAL SOLUTION 10 MG/ML	Nivel 3	X	X		
LACOSAMIDE TAB 100MG	LACOSAMIDE TAB 100 MG	Nivel 3	X	X		
LACOSAMIDE TAB 150MG	LACOSAMIDE TAB 150 MG	Nivel 3	X	X		
LACOSAMIDE TAB 200MG	LACOSAMIDE TAB 200 MG	Nivel 3	X	X		
LACOSAMIDE TAB 50MG	LACOSAMIDE TAB 50 MG	Nivel 3	X	X		
LAMOTRIG ODT KIT 25/50MG	LAMOTRIGINE TAB DISINT 21 X 25 MG & 7 X 50 MG TITRATION KIT	Nivel 3	X			
LAMOTRIG ODT KIT 50/100MG	LAMOTRIGINE TAB DISINT 42 X 50MG & 14 X 100MG TITRATION KIT	Nivel 3	X			
LAMOTRIG ODT TAB 100MG	LAMOTRIGINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 100 MG	Nivel 3	X			BH*
LAMOTRIGINE CHW 25MG	LAMOTRIGINE TAB CHEWABLE DISPERSIBLE 25 MG	Nivel 2				BH*
LAMOTRIGINE CHW 5MG	LAMOTRIGINE TAB CHEWABLE DISPERSIBLE 5 MG	Nivel 2				BH*
LAMOTRIGINE KIT ODT	LAMOTRIGINE TAB DISINT 25 (14) & 50 MG (14) & 100 MG (7) KIT	Nivel 3	X			BH*

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
LAMOTRIGINE KIT START 35	LAMOTRIGINE TAB 35 X 25 MG STARTER KIT	Nivel 3				BH*
LAMOTRIGINE KIT START 49	LAMOTRIGINE TAB 25 MG (42) & 100 MG (7) STARTER KIT	Nivel 3				BH*
LAMOTRIGINE KIT START 98	LAMOTRIGINE TAB 84 X 25 MG & 14 X 100 MG STARTER KIT	Nivel 3				BH*
LAMOTRIGINE TAB 100MG	LAMOTRIGINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 100 MG	Nivel 3	X			BH*
LAMOTRIGINE TAB 100MG	LAMOTRIGINE TAB 100 MG	Nivel 2				BH*
LAMOTRIGINE TAB 150MG	LAMOTRIGINE TAB 150 MG	Nivel 2				BH*
LAMOTRIGINE TAB 200MG	LAMOTRIGINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 200 MG	Nivel 3	X			BH*
LAMOTRIGINE TAB 200MG	LAMOTRIGINE TAB 200 MG	Nivel 2				BH*
LAMOTRIGINE TAB 25MG	LAMOTRIGINE TAB 25 MG	Nivel 2				BH*
LAMOTRIGINE TAB 25MG ODT	LAMOTRIGINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 25 MG	Nivel 3	X			BH*
LAMOTRIGINE TAB 50MG ODT	LAMOTRIGINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 50 MG	Nivel 3	X			BH*
LEVETIRACETA SOL 100MG/ML	LEVETIRACETAM ORAL SOLN 100 MG/ ML	Nivel 2				
LEVETIRACETA SOL 500/5ML	LEVETIRACETAM ORAL SOLN 100 MG/ ML	Nivel 2				
LEVETIRACETA TAB 1000MG	LEVETIRACETAM TAB 1000 MG	Nivel 2				
LEVETIRACETA TAB 250MG	LEVETIRACETAM TAB 250 MG	Nivel 2				
LEVETIRACETA TAB 500MG	LEVETIRACETAM TAB 500 MG	Nivel 2				
LEVETIRACETA TAB 500MG ER	LEVETIRACETAM TAB ER 24HR 500 MG	Nivel 2				
LEVETIRACETA TAB 750MG	LEVETIRACETAM TAB 750 MG	Nivel 2				
LEVETIRACETA TAB 750MG ER	LEVETIRACETAM TAB ER 24HR 750 MG	Nivel 2				
METHSUXIMIDE CAP 300MG	METHSUXIMIDE CAP 300 MG	Nivel 3				
OXCARBAZEPIN SUS 300MG/5ML	OXCARBAZEPINE SUSP 300 MG/5ML (60 MG/ML)	Nivel 3				BH*
OXCARBAZEPIN TAB 150MG	OXCARBAZEPINE TAB 150 MG	Nivel 2				BH*
OXCARBAZEPIN TAB 300MG	OXCARBAZEPINE TAB 300 MG	Nivel 2				BH*
OXCARBAZEPIN TAB 600MG	OXCARBAZEPINE TAB 600 MG	Nivel 2				BH*
PHENOBARB ELX 20MG/5ML	PHENOBARBITAL ELIXIR 20 MG/5ML	Nivel 2				
PHENOBARB SOL 20MG/5ML	PHENOBARBITAL ELIXIR 20 MG/5ML	Nivel 2				
PHENOBARB TAB 100MG	PHENOBARBITAL TAB 100 MG	Nivel 2				
PHENOBARB TAB 15MG	PHENOBARBITAL TAB 15 MG	Nivel 2				
PHENOBARB TAB 16.2MG	PHENOBARBITAL TAB 16.2 MG	Nivel 2				
PHENOBARB TAB 30MG	PHENOBARBITAL TAB 30 MG	Nivel 2				
PHENOBARB TAB 32.4MG	PHENOBARBITAL TAB 32.4 MG	Nivel 2				
PHENOBARB TAB 60MG	PHENOBARBITAL TAB 60 MG	Nivel 2				
PHENOBARB TAB 64.8MG	PHENOBARBITAL TAB 64.8 MG	Nivel 2				
PHENOBARB TAB 97.2MG	PHENOBARBITAL TAB 97.2 MG	Nivel 2				
PHENYTOIN CHW 50MG	PHENYTOIN CHEW TAB 50 MG	Nivel 2				BH*
PHENYTOIN SUS 100/4ML	PHENYTOIN SUSP 125 MG/5ML	Nivel 2				BH*
PHENYTOIN SUS 125/5ML	PHENYTOIN SUSP 125 MG/5ML	Nivel 2				BH*
PHENYTOIN EX CAP 100MG	PHENYTOIN SODIUM EXTENDED CAP 100 MG	Nivel 2				BH*
PHENYTOIN EX CAP 200MG	PHENYTOIN SODIUM EXTENDED CAP 200 MG	Nivel 2				BH*
PHENYTOIN EX CAP 300MG	PHENYTOIN SODIUM EXTENDED CAP 300 MG	Nivel 2				BH*
PRIMIDONE TAB 125MG	PRIMIDONE TAB 125 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
PRIMIDONE TAB 250MG	PRIMIDONE TAB 250 MG	Nivel 2				
PRIMIDONE TAB 50MG	PRIMIDONE TAB 50 MG	Nivel 2				
ROWEEPRÁ TAB 500MG	LEVETIRACETAM TAB 500 MG	Nivel 2				
RUFINAMIDE SUS 40MG/ML	RUFINAMIDE SUSP 40 MG/ML	Nivel 3	X			
RUFINAMIDE TAB 200MG	RUFINAMIDE TAB 200 MG	Nivel 3	X			
RUFINAMIDE TAB 400MG	RUFINAMIDE TAB 400 MG	Nivel 3	X			
SUBVENITE KIT START 35	LAMOTRIGINE TAB 35 X 25 MG STARTER KIT	Nivel 3				BH*
SUBVENITE KIT START 49	LAMOTRIGINE TAB 25 MG (42) & 100 MG (7) STARTER KIT	Nivel 3				BH*
SUBVENITE KIT START 98	LAMOTRIGINE TAB 84 X 25 MG & 14 X 100 MG STARTER KIT	Nivel 3				BH*
SUBVENITE TAB 100MG	LAMOTRIGINE TAB 100 MG	Nivel 2				BH*
SUBVENITE TAB 150MG	LAMOTRIGINE TAB 150 MG	Nivel 2				BH*
SUBVENITE TAB 200MG	LAMOTRIGINE TAB 200 MG	Nivel 2				BH*
SUBVENITE TAB 25MG	LAMOTRIGINE TAB 25 MG	Nivel 2				BH*
TIAGABINE TAB 12MG	TIAGABINE HCL TAB 12 MG	Nivel 3				
TIAGABINE TAB 16MG	TIAGABINE HCL TAB 16 MG	Nivel 3				
TIAGABINE TAB 2MG	TIAGABINE HCL TAB 2 MG	Nivel 3				
TIAGABINE TAB 4MG	TIAGABINE HCL TAB 4 MG	Nivel 3				
TOPIRAMATE CAP 15MG	TOPIRAMATE SPRINKLE CAP 15 MG	Nivel 3				BH*
TOPIRAMATE CAP 25MG	TOPIRAMATE SPRINKLE CAP 25 MG	Nivel 3				BH*
TOPIRAMATE TAB 100MG	TOPIRAMATE TAB 100 MG	Nivel 2				BH*
TOPIRAMATE TAB 200MG	TOPIRAMATE TAB 200 MG	Nivel 2				BH*
TOPIRAMATE TAB 25MG	TOPIRAMATE TAB 25 MG	Nivel 2				BH*
TOPIRAMATE TAB 50MG	TOPIRAMATE TAB 50 MG	Nivel 2				BH*
VALPROIC ACD CAP 250MG	VALPROIC ACID CAP 250 MG	Nivel 2				BH*
VALPROIC ACD SOL 250/5ML	VALPROATE SODIUM ORAL SOLN 250 MG/5ML (BASE EQUIV)	Nivel 2				BH*
VIGABATRIN PAK 500MG	VIGABATRIN POWD PACK 500 MG	Nivel 6	X	X		
VIGABATRIN TAB 500MG	VIGABATRIN TAB 500 MG	Nivel 6	X	X		
VIGADRONE POW 500MG	VIGABATRIN POWD PACK 500 MG	Nivel 6	X	X		
ZONISAMIDE CAP 100MG	ZONISAMIDE CAP 100 MG	Nivel 2				
ZONISAMIDE CAP 25MG	ZONISAMIDE CAP 25 MG	Nivel 2				
ZONISAMIDE CAP 50MG	ZONISAMIDE CAP 50 MG	Nivel 2				
Antidemenciales						
DONEPEZIL TAB 10MG	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE TAB 10 MG	Nivel 2		X		
DONEPEZIL TAB 10MG ODT	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 10 MG	Nivel 2		X		
DONEPEZIL TAB 5MG	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE TAB 5 MG	Nivel 2		X		
DONEPEZIL TAB 5MG ODT	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 5 MG	Nivel 2		X		
GALANTAMINE CAP 16MG ER	GALANTAMINE HYDROBROMIDE CAP ER 24HR 16 MG	Nivel 3		X		
GALANTAMINE CAP 24MG ER	GALANTAMINE HYDROBROMIDE CAP ER 24HR 24 MG	Nivel 3		X		
GALANTAMINE CAP 8MG ER	GALANTAMINE HYDROBROMIDE CAP ER 24HR 8 MG	Nivel 3		X		
GALANTAMINE SOL 4MG/ML	GALANTAMINE HYDROBROMIDE ORAL SOLN 4 MG/ML	Nivel 3		X		
GALANTAMINE TAB 12MG	GALANTAMINE HYDROBROMIDE TAB 12 MG	Nivel 3		X		
GALANTAMINE TAB 4MG	GALANTAMINE HYDROBROMIDE TAB 4 MG	Nivel 3		X		

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
GALANTAMINE TAB 8MG	GALANTAMINE HYDROBROMIDE TAB 8 MG	Nivel 3		X		
MEMANT TITRA PAK 5-10MG	MEMANTINE HCL TAB 28 X 5 MG & 21 X 10 MG TITRATION PACK	Nivel 2		X		
MEMANTINE SOL 2MG/ML	MEMANTINE HCL ORAL SOLUTION 2 MG/ML	Nivel 3		X		
MEMANTINE TAB 10MG	MEMANTINE HCL TAB 10 MG	Nivel 2		X		
MEMANTINE TAB 5MG	MEMANTINE HCL TAB 5 MG	Nivel 2		X		
MEMANTINE TAB HCL 10MG	MEMANTINE HCL TAB 10 MG	Nivel 2		X		
MEMANTINE TAB HCL 5MG	MEMANTINE HCL TAB 5 MG	Nivel 2		X		
MEMANTINE HC SOL 2MG/ML	MEMANTINE HCL ORAL SOLUTION 2 MG/ML	Nivel 3		X		
RIVASTIGMINE CAP 1.5MG	RIVASTIGMINE TARTRATE CAP 1.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
RIVASTIGMINE CAP 3MG	RIVASTIGMINE TARTRATE CAP 3 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
RIVASTIGMINE CAP 4.5MG	RIVASTIGMINE TARTRATE CAP 4.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
RIVASTIGMINE CAP 6MG	RIVASTIGMINE TARTRATE CAP 6 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
RIVASTIGMINE DIS 13.3/24	RIVASTIGMINE TD PATCH 24HR 13.3 MG/24HR	Nivel 3		X		
RIVASTIGMINE DIS 4.6MG/24	RIVASTIGMINE TD PATCH 24HR 4.6 MG/24HR	Nivel 3		X		
RIVASTIGMINE DIS 9.5MG/24	RIVASTIGMINE TD PATCH 24HR 9.5 MG/24HR	Nivel 3		X		
Antidepresivos						
AMITRIPTYLIN TAB 100MG	AMITRIPTYLINE HCL TAB 100 MG	Nivel 1				BH
AMITRIPTYLIN TAB 10MG	AMITRIPTYLINE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				BH
AMITRIPTYLIN TAB 150MG	AMITRIPTYLINE HCL TAB 150 MG	Nivel 1				BH
AMITRIPTYLIN TAB 25MG	AMITRIPTYLINE HCL TAB 25 MG	Nivel 1				BH
AMITRIPTYLIN TAB 50MG	AMITRIPTYLINE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				BH
AMITRIPTYLIN TAB 75MG	AMITRIPTYLINE HCL TAB 75 MG	Nivel 1				BH
AMOXAPINE TAB 100MG	AMOXAPINE TAB 100 MG	Nivel 1				BH
AMOXAPINE TAB 150MG	AMOXAPINE TAB 150 MG	Nivel 1				BH
AMOXAPINE TAB 25MG	AMOXAPINE TAB 25 MG	Nivel 1				BH
AMOXAPINE TAB 50MG	AMOXAPINE TAB 50 MG	Nivel 1				BH
BUPROPION TAB 100MG	BUPROPION HCL TAB 100 MG	Nivel 1				BH
BUPROPION TAB 100MG SR	BUPROPION HCL TAB ER 12HR 100 MG	Nivel 1				BH
BUPROPION TAB 150MG SR	BUPROPION HCL TAB ER 12HR 150 MG	Nivel 1				BH
BUPROPION TAB 200MG SR	BUPROPION HCL TAB ER 12HR 200 MG	Nivel 1				BH
BUPROPION TAB 75MG	BUPROPION HCL TAB 75 MG	Nivel 1				BH
BUPROPN HCL TAB 150MG XL	BUPROPION HCL TAB ER 24HR 150 MG	Nivel 1		X		BH
BUPROPN HCL TAB 300MG XL	BUPROPION HCL TAB ER 24HR 300 MG	Nivel 1		X		BH
CDP/AMITRIP TAB 10-25MG	CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE TAB 10-25 MG	Nivel 1				BH
CDP/AMITRIP TAB 5-12.5MG	CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE TAB 5-12.5 MG	Nivel 1				BH
CITALOPRAM SOL 10MG/5ML	CITALOPRAM HYDROBROMIDE ORAL SOLN 10 MG/5ML	Nivel 1				BH
CITALOPRAM TAB 10MG	CITALOPRAM HYDROBROMIDE TAB 10 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				BH

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
CITALOPRAM TAB 20MG	CITALOPRAM HYDROBROMIDE TAB 20 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				BH
CITALOPRAM TAB 40MG	CITALOPRAM HYDROBROMIDE TAB 40 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				BH
CLOMIPRAMINE CAP 25MG	CLOMIPRAMINE HCL CAP 25 MG	Nivel 1				BH
CLOMIPRAMINE CAP 50MG	CLOMIPRAMINE HCL CAP 50 MG	Nivel 1				BH
CLOMIPRAMINE CAP 75MG	CLOMIPRAMINE HCL CAP 75 MG	Nivel 1				BH
DESIPRAMINE TAB 100MG	DESIPRAMINE HCL TAB 100 MG	Nivel 1				BH
DESIPRAMINE TAB 10MG	DESIPRAMINE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				BH
DESIPRAMINE TAB 150MG	DESIPRAMINE HCL TAB 150 MG	Nivel 1				BH
DESIPRAMINE TAB 25MG	DESIPRAMINE HCL TAB 25 MG	Nivel 1				BH
DESIPRAMINE TAB 50MG	DESIPRAMINE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				BH
DESIPRAMINE TAB 75MG	DESIPRAMINE HCL TAB 75 MG	Nivel 1				BH
DESVENLAFAX TAB 100MG ER	DESVENLAFAXINE SUCCINATE TAB ER 24HR 100 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		BH
DESVENLAFAX TAB 25MG ER	DESVENLAFAXINE SUCCINATE TAB ER 24HR 25 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		BH
DESVENLAFAX TAB 50MG ER	DESVENLAFAXINE SUCCINATE TAB ER 24HR 50 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		BH
DOXEPIN HCL CAP 100MG	DOXEPIN HCL CAP 100 MG	Nivel 1				BH
DOXEPIN HCL CAP 10MG	DOXEPIN HCL CAP 10 MG	Nivel 1				BH
DOXEPIN HCL CAP 150MG	DOXEPIN HCL CAP 150 MG	Nivel 1				BH
DOXEPIN HCL CAP 25MG	DOXEPIN HCL CAP 25 MG	Nivel 1				BH
DOXEPIN HCL CAP 50MG	DOXEPIN HCL CAP 50 MG	Nivel 1				BH
DOXEPIN HCL CAP 75MG	DOXEPIN HCL CAP 75 MG	Nivel 1				BH
DOXEPIN HCL CON 10MG/ML	DOXEPIN HCL CONC 10 MG/ML	Nivel 1				BH
ESCITALOPRAM SOL 5MG/5ML	ESCITALOPRAM OXALATE SOLN 5 MG/5ML (BASE EQUIV)	Nivel 1				BH
ESCITALOPRAM TAB 10MG	ESCITALOPRAM OXALATE TAB 10 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				BH
ESCITALOPRAM TAB 20MG	ESCITALOPRAM OXALATE TAB 20 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				BH
ESCITALOPRAM TAB 5MG	ESCITALOPRAM OXALATE TAB 5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				BH
FLUOXETINE CAP 10MG	FLUOXETINE HCL CAP 10 MG	Nivel 1				BH
FLUOXETINE CAP 20MG	FLUOXETINE HCL CAP 20 MG	Nivel 1				BH
FLUOXETINE CAP 40MG	FLUOXETINE HCL CAP 40 MG	Nivel 1				BH
FLUOXETINE CAP 90MG DR	FLUOXETINE HCL CAP DELAYED RELEASE 90 MG	Nivel 1		X		BH
FLUOXETINE SOL 20MG/5ML	FLUOXETINE HCL SOLUTION 20 MG/5ML	Nivel 1				BH
FLUOXETINE TAB 10MG	FLUOXETINE HCL (PMDD) TAB 10 MG	Nivel 1		X		BH
FLUOXETINE TAB 10MG	FLUOXETINE HCL TAB 10 MG	Nivel 1		X		BH
FLUOXETINE TAB 20MG	FLUOXETINE HCL (PMDD) TAB 20 MG	Nivel 1		X		BH
FLUOXETINE TAB 20MG	FLUOXETINE HCL TAB 20 MG	Nivel 1		X		BH
FLUVOXAMINE CAP 100MG ER	FLUVOXAMINE MALEATE CAP ER 24HR 100 MG	Nivel 1		X		BH
FLUVOXAMINE CAP 150MG ER	FLUVOXAMINE MALEATE CAP ER 24HR 150 MG	Nivel 1		X		BH
FLUVOXAMINE TAB 100MG	FLUVOXAMINE MALEATE TAB 100 MG	Nivel 1				BH
FLUVOXAMINE TAB 25MG	FLUVOXAMINE MALEATE TAB 25 MG	Nivel 1				BH
FLUVOXAMINE TAB 50MG	FLUVOXAMINE MALEATE TAB 50 MG	Nivel 1				BH
IMIPRAM HCL TAB 10MG	IMIPRAMINE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				BH
IMIPRAM HCL TAB 25MG	IMIPRAMINE HCL TAB 25 MG	Nivel 1				BH
IMIPRAM HCL TAB 50MG	IMIPRAMINE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				BH

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
IMIPRAM PAM CAP 100MG	IMIPRAMINE PAMOATE CAP 100 MG	Nivel 1				BH
IMIPRAM PAM CAP 125MG	IMIPRAMINE PAMOATE CAP 125 MG	Nivel 1				BH
IMIPRAM PAM CAP 150MG	IMIPRAMINE PAMOATE CAP 150 MG	Nivel 1				BH
IMIPRAM PAM CAP 75MG	IMIPRAMINE PAMOATE CAP 75 MG	Nivel 1				BH
MAPROTILINE TAB 25MG	MAPROTILINE HCL TAB 25 MG	Nivel 1				BH
MAPROTILINE TAB 50MG	MAPROTILINE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				BH
MAPROTILINE TAB 75MG	MAPROTILINE HCL TAB 75 MG	Nivel 1				BH
MARPLAN TAB 10MG	ISOCARBOXAZID TAB 10 MG	Nivel 1				BH
MIRTAZAPINE TAB 15MG	MIRTAZAPINE TAB 15 MG	Nivel 1				BH
MIRTAZAPINE TAB 15MG ODT	MIRTAZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 15 MG	Nivel 1				BH
MIRTAZAPINE TAB 30MG	MIRTAZAPINE TAB 30 MG	Nivel 1				BH
MIRTAZAPINE TAB 30MG ODT	MIRTAZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 30 MG	Nivel 1				BH
MIRTAZAPINE TAB 45MG	MIRTAZAPINE TAB 45 MG	Nivel 1				BH
MIRTAZAPINE TAB 45MG ODT	MIRTAZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 45 MG	Nivel 1				BH
MIRTAZAPINE TAB 7.5MG	MIRTAZAPINE TAB 7.5 MG	Nivel 1				BH
NEFAZODONE TAB 100MG	NEFAZODONE HCL TAB 100 MG	Nivel 1				BH
NEFAZODONE TAB 150MG	NEFAZODONE HCL TAB 150 MG	Nivel 1				BH
NEFAZODONE TAB 200MG	NEFAZODONE HCL TAB 200 MG	Nivel 1				BH
NEFAZODONE TAB 250MG	NEFAZODONE HCL TAB 250 MG	Nivel 1				BH
NEFAZODONE TAB 50MG	NEFAZODONE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				BH
NORTRIPTYLIN CAP 10MG	NORTRIPTYLINE HCL CAP 10 MG	Nivel 1				BH
NORTRIPTYLIN CAP 25MG	NORTRIPTYLINE HCL CAP 25 MG	Nivel 1				BH
NORTRIPTYLIN CAP 50MG	NORTRIPTYLINE HCL CAP 50 MG	Nivel 1				BH
NORTRIPTYLIN CAP 75MG	NORTRIPTYLINE HCL CAP 75 MG	Nivel 1				BH
NORTRIPTYLIN SOL 10MG/5ML	NORTRIPTYLINE HCL SOLN 10 MG/5ML	Nivel 1				BH
OLANZA/FLUOX CAP 12-25MG	OLANZAPINE-FLUOXETINE HCL CAP 12-25 MG	Nivel 1		X		BH
OLANZA/FLUOX CAP 12-50MG	OLANZAPINE-FLUOXETINE HCL CAP 12-50 MG	Nivel 1		X		BH
OLANZA/FLUOX CAP 3-25MG	OLANZAPINE-FLUOXETINE HCL CAP 3-25 MG	Nivel 1		X		BH
OLANZA/FLUOX CAP 6-25MG	OLANZAPINE-FLUOXETINE HCL CAP 6-25 MG	Nivel 1		X		BH
OLANZA/FLUOX CAP 6-50MG	OLANZAPINE-FLUOXETINE HCL CAP 6-50 MG	Nivel 1		X		BH
PAROXETIN ER TAB 12.5MG	PAROXETINE HCL TAB ER 24HR 12.5 MG	Nivel 1		X		BH
PAROXETIN ER TAB 37.5MG	PAROXETINE HCL TAB ER 24HR 37.5 MG	Nivel 1		X		BH
PAROXETINE SUS 10MG/5ML	PAROXETINE HCL ORAL SUSP 10 MG/5ML (BASE EQUIV)	Nivel 1				BH
PAROXETINE TAB 10MG	PAROXETINE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				BH
PAROXETINE TAB 20MG	PAROXETINE HCL TAB 20 MG	Nivel 1				BH
PAROXETINE TAB 25MG ER	PAROXETINE HCL TAB ER 24HR 25 MG	Nivel 1		X		BH
PAROXETINE TAB 30MG	PAROXETINE HCL TAB 30 MG	Nivel 1				BH
PAROXETINE TAB 40MG	PAROXETINE HCL TAB 40 MG	Nivel 1				BH
PERPHEN/AMIT TAB 2-10MG	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TAB 2-10 MG	Nivel 1				BH
PERPHEN/AMIT TAB 2-25MG	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TAB 2-25 MG	Nivel 1				BH

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
PERPHEN/AMIT TAB 4-10MG	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TAB 4-10 MG	Nivel 1				BH
PERPHEN/AMIT TAB 4-25MG	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TAB 4-25 MG	Nivel 1				BH
PERPHEN/AMIT TAB 4-50MG	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TAB 4-50 MG	Nivel 1				BH
PHENELZINE TAB 15MG	PHENELZINE SULFATE TAB 15 MG	Nivel 1				BH
PROTRIPTYLIN TAB 10MG	PROTRIPTYLINE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				BH
PROTRIPTYLIN TAB 5MG	PROTRIPTYLINE HCL TAB 5 MG	Nivel 1				BH
SERTRALINE CON 20MG/ML	SERTRALINE HCL ORAL CONCENTRATE FOR SOLUTION 20 MG/ML	Nivel 1				BH
SERTRALINE TAB 100MG	SERTRALINE HCL TAB 100 MG	Nivel 1				BH
SERTRALINE TAB 25MG	SERTRALINE HCL TAB 25 MG	Nivel 1				BH
SERTRALINE TAB 50MG	SERTRALINE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				BH
TRANLYCYPROM TAB 10MG	TRANLYCYPROMINE SULFATE TAB 10 MG	Nivel 1				BH
TRAZODONE TAB 100MG	TRAZODONE HCL TAB 100 MG	Nivel 1				BH
TRAZODONE TAB 150MG	TRAZODONE HCL TAB 150 MG	Nivel 1				BH
TRAZODONE TAB 300MG	TRAZODONE HCL TAB 300 MG	Nivel 1				BH
TRAZODONE TAB 50MG	TRAZODONE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				BH
TRIMIPRAMINE CAP 100MG	TRIMIPRAMINE MALEATE CAP 100 MG	Nivel 1				BH
TRIMIPRAMINE CAP 25MG	TRIMIPRAMINE MALEATE CAP 25 MG	Nivel 1				BH
TRIMIPRAMINE CAP 50MG	TRIMIPRAMINE MALEATE CAP 50 MG	Nivel 1				BH
VENLAFAXINE CAP 150MG ER	VENLAFAXINE HCL CAP ER 24HR 150 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				BH
VENLAFAXINE CAP 37.5 ER	VENLAFAXINE HCL CAP ER 24HR 37.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				BH
VENLAFAXINE CAP 75MG ER	VENLAFAXINE HCL CAP ER 24HR 75 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				BH
VENLAFAXINE TAB 100MG	VENLAFAXINE HCL TAB 100 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				BH
VENLAFAXINE TAB 25MG	VENLAFAXINE HCL TAB 25 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				BH
VENLAFAXINE TAB 37.5MG	VENLAFAXINE HCL TAB 37.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				BH
VENLAFAXINE TAB 50MG	VENLAFAXINE HCL TAB 50 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				BH
VENLAFAXINE TAB 75MG	VENLAFAXINE HCL TAB 75 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				BH
VILAZODONE TAB 10MG	VILAZODONE HCL TAB 10 MG	Nivel 1		X		BH
VILAZODONE TAB 20MG	VILAZODONE HCL TAB 20 MG	Nivel 1		X		BH
VILAZODONE TAB 40MG	VILAZODONE HCL TAB 40 MG	Nivel 1		X		BH
Antieméticos						
APREPITANT CAP 125MG	APREPITANT CAPSULE 125 MG	Nivel 3		X		
APREPITANT CAP 40MG	APREPITANT CAPSULE 40 MG	Nivel 3		X		
APREPITANT CAP 80MG	APREPITANT CAPSULE 80 MG	Nivel 3		X		
APREPITANT PAK 80 & 125	APREPITANT CAPSULE THERAPY PACK 80 & 125 MG	Nivel 3		X		
DOXYL/PYRID TAB 10-10MG	DOXYLAMINE-PYRIDOXINE TAB DELAYED RELEASE 10-10 MG	Nivel 3				
DRONABINOL CAP 10MG	DRONABINOL CAP 10 MG	Nivel 3				
DRONABINOL CAP 2.5MG	DRONABINOL CAP 2.5 MG	Nivel 3				
DRONABINOL CAP 5MG	DRONABINOL CAP 5 MG	Nivel 3				
EMEND SUS 125MG	APREPITANT FOR ORAL SUSP 125 MG (125 MG/5ML)	Nivel 3		X		

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
GRANISETRON TAB 1MG	GRANISETRON HCL TAB 1 MG	Nivel 3		X		
MECLIZINE TAB 25MG	MECLIZINE HCL TAB 25 MG	Nivel 2				
METOCLOPRAM SOL 10/10ML	METOCLOPRAMIDE HCL SOLN 5 MG/5ML (10 MG/10ML) (BASE EQUIV)	Nivel 2				
METOCLOPRAM SOL 5MG/5ML	METOCLOPRAMIDE HCL SOLN 5 MG/5ML (10 MG/10ML) (BASE EQUIV)	Nivel 2				
METOCLOPRAM TAB 10MG	METOCLOPRAMIDE HCL TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
METOCLOPRAM TAB 5MG	METOCLOPRAMIDE HCL TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
ONDANSETRON SOL 4MG/5ML	ONDANSETRON HCL ORAL SOLN 4 MG/5ML	Nivel 2				
ONDANSETRON TAB 24MG	ONDANSETRON HCL TAB 24 MG	Nivel 2				
ONDANSETRON TAB 4MG	ONDANSETRON HCL TAB 4 MG	Nivel 2				
ONDANSETRON TAB 4MG ODT	ONDANSETRON ORALLY DISINTEGRATING TAB 4 MG	Nivel 2				
ONDANSETRON TAB 8MG	ONDANSETRON HCL TAB 8 MG	Nivel 2				
ONDANSETRON TAB 8MG ODT	ONDANSETRON ORALLY DISINTEGRATING TAB 8 MG	Nivel 2				
PERPHENAZINE TAB 16MG	PERPHENAZINE TAB 16 MG	Nivel 1				BH
PERPHENAZINE TAB 2MG	PERPHENAZINE TAB 2 MG	Nivel 1				BH
PERPHENAZINE TAB 4MG	PERPHENAZINE TAB 4 MG	Nivel 1				BH
PERPHENAZINE TAB 8MG	PERPHENAZINE TAB 8 MG	Nivel 1				BH
PROCHLORPER TAB 10MG	PROCHLORPERAZINE MALEATE TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				BH
PROCHLORPER TAB 5MG	PROCHLORPERAZINE MALEATE TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				BH
SCOPOLAMINE DIS 1MG/3DAY	SCOPOLAMINE TD PATCH 72HR 1 MG/3DAYS	Nivel 3				
TRIMETHOBENZ CAP 300MG	TRIMETHOBENZAMIDE HCL CAP 300 MG	Nivel 2				
VARUBI TAB 90MG	ROLAPITANT HCL TAB THERAPY PACK 2 X 90 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
Antimicóticos						
CICLODAN SOL 8%	CICLOPIROX SOLUTION 8%	Nivel 2				
CICLOPIROX CRE 0.77%	CICLOPIROX OLAMINE CREAM 0.77% (BASE EQUIV)	Nivel 2				
CICLOPIROX GEL 0.77%	CICLOPIROX GEL 0.77%	Nivel 2				
CICLOPIROX SHA 1%	CICLOPIROX SHAMPOO 1%	Nivel 2				
CICLOPIROX SOL 8%	CICLOPIROX SOLUTION 8%	Nivel 2				
CICLOPIROX SUS 0.77%	CICLOPIROX OLAMINE SUSP 0.77% (BASE EQUIV)	Nivel 2				
CLOTRIM/BETA CRE DIPROP	CLOTRIMAZOLE W/ BETAMETHASONE CREAM 1-0.05%	Nivel 2		X		
CLOTRIM/BETA LOT DIPROP	CLOTRIMAZOLE W/ BETAMETHASONE LOTION 1-0.05%	Nivel 3				
CLOTRIMAZOLE TRO 10MG	CLOTRIMAZOLE TROCHE 10 MG	Nivel 2				
ECONAZOLE CRE 1%	ECONAZOLE NITRATE CREAM 1%	Nivel 3		X		
EXELDERM CRE 1%	SULCONAZOLE NITRATE CREAM 1%	Nivel 5				
EXELDERM SOL 1%	SULCONAZOLE NITRATE SOLUTION 1%	Nivel 5				
FLUCONAZOLE SUS 10MG/ML	FLUCONAZOLE FOR SUSP 10 MG/ML	Nivel 2				
FLUCONAZOLE SUS 40MG/ML	FLUCONAZOLE FOR SUSP 40 MG/ML	Nivel 2				
FLUCONAZOLE TAB 100MG	FLUCONAZOLE TAB 100 MG	Nivel 2				
FLUCONAZOLE TAB 150MG	FLUCONAZOLE TAB 150 MG	Nivel 2				
FLUCONAZOLE TAB 200MG	FLUCONAZOLE TAB 200 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
FLUCONAZOLE TAB 50MG	FLUCONAZOLE TAB 50 MG	Nivel 2				
FLUCYTOSINE CAP 250MG	FLUCYTOSINE CAP 250 MG	Nivel 3				
FLUCYTOSINE CAP 500MG	FLUCYTOSINE CAP 500 MG	Nivel 3				
GRISEOFULVIN SUS 125/5ML	GRISEOFULVIN MICROSIZED SUSP 125 MG/5ML	Nivel 3				
GRISEOFULVIN TAB MICR 500	GRISEOFULVIN MICROSIZED TAB 500 MG	Nivel 3				
GRISEOFULVIN TAB ULTR 125	GRISEOFULVIN ULTRAMICROSIZED TAB 125 MG	Nivel 3				
GRISEOFULVIN TAB ULTR 250	GRISEOFULVIN ULTRAMICROSIZED TAB 250 MG	Nivel 3				
GYNAZOLE-1 CRE 2%	BUTOCONAZOLE NITRATE (ONE DOSE) VAGINAL CREAM 2%	Nivel 5				
ITRACONAZOLE CAP 100MG	ITRACONAZOLE CAP 100 MG	Nivel 3		X		
ITRACONAZOLE SOL 100/10ML	ITRACONAZOLE ORAL SOLN 10 MG/ML	Nivel 3		X		
ITRACONAZOLE SOL 10MG/ML	ITRACONAZOLE ORAL SOLN 10 MG/ML	Nivel 3		X		
KETOCONAZOLE CRE 2%	KETOCONAZOLE CREAM 2%	Nivel 2		X		
KETOCONAZOLE SHA 2%	KETOCONAZOLE SHAMPOO 2%	Nivel 2				
KETOCONAZOLE TAB 200MG	KETOCONAZOLE TAB 200 MG	Nivel 2				
LULICONAZOLE CRE 1%	LULICONAZOLE CREAM 1%	Nivel 5		X		
MENTAX CRE 1%	BUTENAFINE HCL CREAM 1%	Nivel 5				
MICONAZOLE 3 SUP 200MG	MICONAZOLE NITRATE VAGINAL SUPPOS 200 MG	Nivel 2				
NAFTIFINE CRE HCL 1%	NAFTIFINE HCL CREAM 1%	Nivel 3				
NAFTIFINE CRE HCL 2%	NAFTIFINE HCL CREAM 2%	Nivel 3				
NAFTIFINE GEL 1%	NAFTIFINE HCL GEL 1%	Nivel 3				
NYAMYC POW 100000	NYSTATIN TOPICAL POWDER 100000 UNIT/GM	Nivel 2		X		
NYSTAT/TRIAM CRE	NYSTATIN-TRIAMCINOLONE CREAM 100000-0.1 UNIT/GM-%	Nivel 3				
NYSTAT/TRIAM OIN	NYSTATIN-TRIAMCINOLONE OINT 100000-0.1 UNIT/GM-%	Nivel 3				
NYSTATIN CRE 100000	NYSTATIN CREAM 100000 UNIT/GM	Nivel 2				
NYSTATIN OIN 100000	NYSTATIN OINT 100000 UNIT/GM	Nivel 2				
NYSTATIN OIN 100000U	NYSTATIN OINT 100000 UNIT/GM	Nivel 2				
NYSTATIN POW 100000	NYSTATIN TOPICAL POWDER 100000 UNIT/GM	Nivel 2		X		
NYSTATIN SUS 100000	NYSTATIN SUSP 100000 UNIT/ML	Nivel 2				
NYSTATIN TAB 500000	NYSTATIN TAB 500000 UNIT	Nivel 2				
NYSTOP POW 100000	NYSTATIN TOPICAL POWDER 100000 UNIT/GM	Nivel 2		X		
OXICONAZOLE CRE NITRATE	OXICONAZOLE NITRATE CREAM 1%	Nivel 3		X		
POSACONAZOLE TAB 100MG DR	POSACONAZOLE TAB DELAYED RELEASE 100 MG	Nivel 3		X		
SULCONAZOLE CRE 1%	SULCONAZOLE NITRATE CREAM 1%	Nivel 5				
SULCONAZOLE SOL 1%	SULCONAZOLE NITRATE SOLUTION 1%	Nivel 5				
TERBINAFINE TAB 250MG	TERBINAFINE HCL TAB 250 MG	Nivel 2		X		
TERCONAZOLE CRE 0.4%	TERCONAZOLE VAGINAL CREAM 0.4%	Nivel 2				
TERCONAZOLE CRE 0.8%	TERCONAZOLE VAGINAL CREAM 0.8%	Nivel 2				
TERCONAZOLE SUP 80MG	TERCONAZOLE VAGINAL SUPPOS 80 MG	Nivel 3				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
VORICONAZOLE SUS 40MG/ML	VORICONAZOLE FOR SUSP 40 MG/ML	Nivel 3				
VORICONAZOLE TAB 200MG	VORICONAZOLE TAB 200 MG	Nivel 3		X		
VORICONAZOLE TAB 50MG	VORICONAZOLE TAB 50 MG	Nivel 3		X		
Antigotosos						
ALLOPURINOL TAB 100MG	ALLOPURINOL TAB 100 MG	Nivel 2				
ALLOPURINOL TAB 300MG	ALLOPURINOL TAB 300 MG	Nivel 2				
COLCHICINE CAP 0.6MG	COLCHICINE CAP 0.6 MG	Nivel 2		X		
FEBUXOSTAT TAB 40MG	FEBUXOSTAT TAB 40 MG	Nivel 3		X	X	
FEBUXOSTAT TAB 80MG	FEBUXOSTAT TAB 80 MG	Nivel 3		X	X	
MITIGARE CAP 0.6MG	COLCHICINE CAP 0.6 MG	Nivel 3		X		
PROBEN/ COLCH TAB 500-0.5	COLCHICINE W/ PROBENECID TAB 0.5-500 MG	Nivel 2				
PROBENECID TAB 500MG	PROBENECID TAB 500 MG	Nivel 2				
Antimigrañosos						
AIMOVIG INJ 140MG/ML	ERENUMAB-AOOE SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	Nivel 3		X		
AIMOVIG INJ 70MG/ML	ERENUMAB-AOOE SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 70 MG/ML	Nivel 3		X		
ALMOTRIP MAL TAB 12.5MG	ALMOTRIPTAN MALATE TAB 12.5 MG	Nivel 3		X		
ALMOTRIP MAL TAB 6.25MG	ALMOTRIPTAN MALATE TAB 6.25 MG	Nivel 3		X		
ALMOTRIPTAN TAB 12.5MG	ALMOTRIPTAN MALATE TAB 12.5 MG	Nivel 3		X		
ALMOTRIPTAN TAB 6.25MG	ALMOTRIPTAN MALATE TAB 6.25 MG	Nivel 3		X		
DIHYDROERGOT INJ 1MG/ML	DIHYDROERGOTAMINE MESYLATE INJ 1 MG/ML	Nivel 3		X		
ELETRIPTAN TAB 20MG	ELETRIPTAN HYDROBROMIDE TAB 20 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3		X		
ELETRIPTAN TAB 40MG	ELETRIPTAN HYDROBROMIDE TAB 40 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3		X		
ERGOT/CAFFEN TAB 1-100MG	ERGOTAMINE W/ CAFFEINE TAB 1-100 MG	Nivel 3				
FROVATRIPTAN TAB 2.5MG	FROVATRIPTAN SUCCINATE TAB 2.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3		X		
MIGERGOT SUP 2/100	ERGOTAMINE W/ CAFFEINE SUPPOS 2-100 MG	Nivel 5				
NARATRIPTAN TAB 1MG	NARATRIPTAN HCL TAB 1 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
NARATRIPTAN TAB 2.5MG	NARATRIPTAN HCL TAB 2.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
RIZATRIPTAN TAB 10MG	RIZATRIPTAN BENZOATE TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
RIZATRIPTAN TAB 10MG ODT	RIZATRIPTAN BENZOATE ORAL DISINTEGRATING TAB 10 MG (BASE EQ)	Nivel 2		X		
RIZATRIPTAN TAB 5MG	RIZATRIPTAN BENZOATE TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
RIZATRIPTAN TAB 5MG ODT	RIZATRIPTAN BENZOATE ORAL DISINTEGRATING TAB 5 MG (BASE EQ)	Nivel 2		X		
SUMAT-NAPROX TAB 85-500MG	SUMATRIPTAN-NAPROXEN SODIUM TAB 85-500 MG	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN INJ 4MG/0.5	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO-INJECTOR 4 MG/0.5ML	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN INJ 4MG/0.5	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION CARTRIDGE 4 MG/0.5ML	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5	SUMATRIPTAN SUCCINATE INJ 6 MG/0.5ML	Nivel 3		X		

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO-INJECTOR 6 MG/0.5ML	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION CARTRIDGE 6 MG/0.5ML	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.5ML	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN SPR 20MG/ACT	SUMATRIPTAN NASAL SPRAY 20 MG/ACT	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN SPR 5MG/ACT	SUMATRIPTAN NASAL SPRAY 5 MG/ACT	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN TAB 100MG	SUMATRIPTAN SUCCINATE TAB 100 MG	Nivel 2		X		
SUMATRIPTAN TAB 25MG	SUMATRIPTAN SUCCINATE TAB 25 MG	Nivel 2		X		
SUMATRIPTAN TAB 50MG	SUMATRIPTAN SUCCINATE TAB 50 MG	Nivel 2		X		
ZOLMITRIPTAN SPR 2.5MG	ZOLMITRIPTAN NASAL SPRAY 2.5 MG/ SPRAY UNIT	Nivel 5		X	X	
ZOLMITRIPTAN SPR 5MG	ZOLMITRIPTAN NASAL SPRAY 5 MG/ SPRAY UNIT	Nivel 3		X	X	
ZOLMITRIPTAN TAB 2.5 MG	ZOLMITRIPTAN ORALLY DISINTEGRATING TAB 2.5 MG	Nivel 3		X		
ZOLMITRIPTAN TAB 2.5MG	ZOLMITRIPTAN TAB 2.5 MG	Nivel 3		X		
ZOLMITRIPTAN TAB 5MG	ZOLMITRIPTAN TAB 5 MG	Nivel 3		X		
ZOLMITRIPTAN TAB 5MG ODT	ZOLMITRIPTAN ORALLY DISINTEGRATING TAB 5 MG	Nivel 3		X		
Antimiasténicos						
GUANIDINE TAB 125MG	GUANIDINE HCL TAB 125 MG	Nivel 5				
PYRIDOSTIGM TAB 60MG	PYRIDOSTIGMINE BROMIDE TAB 60 MG	Nivel 2				
PYRIDOSTIGMI SOL 60MG/5ML	PYRIDOSTIGMINE BROMIDE ORAL SOLN 60 MG/5ML	Nivel 3				
PYRIDOSTIGMI TAB ER 180MG	PYRIDOSTIGMINE BROMIDE TAB ER 180 MG	Nivel 3				
Antimicobacterianos						
CYCLOSERINE CAP 250MG	CYCLOSERINE CAP 250 MG	Nivel 3				
DAPSONE TAB 100MG	DAPSONE TAB 100 MG	Nivel 2				
DAPSONE TAB 25MG	DAPSONE TAB 25 MG	Nivel 2				
ETHAMBUTOL TAB 100MG	ETHAMBUTOL HCL TAB 100 MG	Nivel 2				
ETHAMBUTOL TAB 400MG	ETHAMBUTOL HCL TAB 400 MG	Nivel 2				
ISONIAZID SYP 50MG/5ML	ISONIAZID SYRUP 50 MG/5ML	Nivel 3				
ISONIAZID TAB 100MG	ISONIAZID TAB 100 MG	Nivel 2				
ISONIAZID TAB 300MG	ISONIAZID TAB 300 MG	Nivel 2				
PASER GRA 4GM	AMINOSALICYLIC ACID ER GRANULES PACKET 4 GM	Nivel 5				
PRIFTIN TAB 150MG	RIFAPENTINE TAB 150 MG	Nivel 3				
PYRAZINAMIDE TAB 500MG	PYRAZINAMIDE TAB 500 MG	Nivel 3				
RIFABUTIN CAP 150MG	RIFABUTIN CAP 150 MG	Nivel 3				
RIFAMPIN CAP 150MG	RIFAMPIN CAP 150 MG	Nivel 2				
RIFAMPIN CAP 300MG	RIFAMPIN CAP 300 MG	Nivel 2				
TRECTOR TAB 250MG	ETHIONAMIDE TAB 250 MG	Nivel 3				
Antineoplásicos						
ABIRATERONE TAB 250MG	ABIRATERONE ACETATE TAB 250 MG	Nivel 4	X	X		
ABIRATERONE TAB 500MG	ABIRATERONE ACETATE TAB 500 MG	Nivel 4	X	X		

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
ALECENSA CAP 150MG	ALECTINIB HCL CAP 150 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
ANASTROZOLE TAB 1MG	ANASTROZOLE TAB 1 MG	Nivel 2				H*
BEXAROTENE CAP 75MG	BEXAROTENE CAP 75 MG	Nivel 6				
BEXAROTENE GEL 1%	BEXAROTENE GEL 1%	Nivel 6		X		
BICALUTAMIDE TAB 50MG	BICALUTAMIDE TAB 50 MG	Nivel 2				
BOSULIF TAB 100MG	BOSUTINIB TAB 100 MG	Nivel 6	X	X		
BOSULIF TAB 400MG	BOSUTINIB TAB 400 MG	Nivel 6	X	X		
BOSULIF TAB 500MG	BOSUTINIB TAB 500 MG	Nivel 6	X	X		
CAPECITABINE TAB 150MG	CAPECITABINE TAB 150 MG	Nivel 6				
CAPECITABINE TAB 500MG	CAPECITABINE TAB 500 MG	Nivel 6				
CAPRELSA TAB 100MG	VANDETANIB TAB 100 MG	Nivel 6	X	X		
CAPRELSA TAB 300MG	VANDETANIB TAB 300 MG	Nivel 6	X	X		
COMETRIQ KIT 100MG	CABOZANTINIB S-MAL CAP 1 X 80 MG & 1 X 20 MG (100 DOSE) KIT	Nivel 6	X	X		
COMETRIQ KIT 140MG	CABOZANTINIB S-MAL CAP 1 X 80 MG & 3 X 20 MG (140 DOSE) KIT	Nivel 6	X	X		
COMETRIQ KIT 60MG	CABOZANTINIB S-MALATE CAP 3 X 20 MG (60 MG DOSE) KIT	Nivel 6	X	X		
COTELLIC TAB 20MG	COBIMETINIB FUMARATE TAB 20 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
CYCLOPHOSPH CAP 25MG	CYCLOPHOSPHAMIDE CAP 25 MG	Nivel 3				
CYCLOPHOSPH CAP 50MG	CYCLOPHOSPHAMIDE CAP 50 MG	Nivel 3				
CYCLOPHOSPH TAB 25MG	CYCLOPHOSPHAMIDE TAB 25 MG	Nivel 5				
CYCLOPHOSPH TAB 50MG	CYCLOPHOSPHAMIDE TAB 50 MG	Nivel 5				
DROXIA CAP 200MG	HYDROXYUREA CAP 200 MG	Nivel 5				
DROXIA CAP 300MG	HYDROXYUREA CAP 300 MG	Nivel 5				
DROXIA CAP 400MG	HYDROXYUREA CAP 400 MG	Nivel 5				
EMCYT CAP 140MG	ESTRAMUSTINE PHOSPHATE SODIUM CAP 140 MG	Nivel 5				
ERLEADA TAB 240MG	APALUTAMIDE TAB 240 MG	Nivel 4	X	X		
ERLEADA TAB 60MG	APALUTAMIDE TAB 60 MG	Nivel 4	X	X		
ERLOTINIB TAB 100MG	ERLOTINIB HCL TAB 100 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
ERLOTINIB TAB 150MG	ERLOTINIB HCL TAB 150 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
ERLOTINIB TAB 25MG	ERLOTINIB HCL TAB 25 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
ETOPOSIDE CAP 50MG	ETOPOSIDE CAP 50 MG	Nivel 6				
EVEROLIMUS TAB 10MG	EVEROLIMUS TAB 10 MG	Nivel 6	X	X		
EVEROLIMUS TAB 2.5MG	EVEROLIMUS TAB 2.5 MG	Nivel 6	X	X		
EVEROLIMUS TAB 5MG	EVEROLIMUS TAB 5 MG	Nivel 6	X	X		
EVEROLIMUS TAB 7.5MG	EVEROLIMUS TAB 7.5 MG	Nivel 6	X	X		
EXEMESTANE TAB 25MG	EXEMESTANE TAB 25 MG	Nivel 3				H*
FLUOROURACIL CRE 0.5%	FLUOROURACIL CREAM 0.5%	Nivel 5		X		
FLUOROURACIL CRE 5%	FLUOROURACIL CREAM 5%	Nivel 2		X		
FLUOROURACIL SOL 2%	FLUOROURACIL SOLN 2%	Nivel 2				
FLUOROURACIL SOL 5%	FLUOROURACIL SOLN 5%	Nivel 2				
FLUTAMIDE CAP 125MG	FLUTAMIDE CAP 125 MG	Nivel 3				
GEFITINIB TAB 250MG	GEFITINIB TAB 250 MG	Nivel 6	X	X		
GLEOSTINE CAP 100MG	LOMUSTINE CAP 100 MG	Nivel 6				
GLEOSTINE CAP 10MG	LOMUSTINE CAP 10 MG	Nivel 6				
GLEOSTINE CAP 40MG	LOMUSTINE CAP 40 MG	Nivel 6				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
HYCAMTIN CAP 0.25MG	TOPOTECAN HCL CAP 0.25 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
HYCAMTIN CAP 1MG	TOPOTECAN HCL CAP 1 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
HYDROXYUREA CAP 500MG	HYDROXYUREA CAP 500 MG	Nivel 2				
IMATINIB MES TAB 100MG	IMATINIB MESYLATE TAB 100 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
IMATINIB MES TAB 400MG	IMATINIB MESYLATE TAB 400 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
IMBRUVICA CAP 140MG	IBRUTINIB CAP 140 MG	Nivel 4	X	X		
IMBRUVICA CAP 70MG	IBRUTINIB CAP 70 MG	Nivel 4	X	X		
IMBRUVICA SUS 70MG/ML	IBRUTINIB ORAL SUSP 70 MG/ML	Nivel 4	X	X		
IMBRUVICA TAB 140MG	IBRUTINIB TAB 140 MG	Nivel 4	X	X		
IMBRUVICA TAB 280MG	IBRUTINIB TAB 280 MG	Nivel 4	X	X		
IMBRUVICA TAB 420MG	IBRUTINIB TAB 420 MG	Nivel 4	X	X		
IMBRUVICA TAB 560MG	IBRUTINIB TAB 560 MG	Nivel 4	X	X		
IRESSA TAB 250MG	GEFITINIB TAB 250 MG	Nivel 6	X	X		
JAKAFI TAB 10MG	RUXOLITINIB PHOSPHATE TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
JAKAFI TAB 15MG	RUXOLITINIB PHOSPHATE TAB 15 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
JAKAFI TAB 20MG	RUXOLITINIB PHOSPHATE TAB 20 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
JAKAFI TAB 25MG	RUXOLITINIB PHOSPHATE TAB 25 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
JAKAFI TAB 5MG	RUXOLITINIB PHOSPHATE TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
LENALIDOMIDE CAP 10MG	LENALIDOMIDE CAP 10 MG	Nivel 6	X	X		
LENALIDOMIDE CAP 15MG	LENALIDOMIDE CAP 15 MG	Nivel 6	X	X		
LENALIDOMIDE CAP 2.5MG	LENALIDOMIDE CAPS 2.5 MG	Nivel 6	X	X		
LENALIDOMIDE CAP 20MG	LENALIDOMIDE CAP 20 MG	Nivel 6	X	X		
LENALIDOMIDE CAP 25MG	LENALIDOMIDE CAP 25 MG	Nivel 6	X	X		
LENALIDOMIDE CAP 5MG	LENALIDOMIDE CAP 5 MG	Nivel 6	X	X		
LENVIMA CAP 10 MG	LENVATINIB CAP THERAPY PACK 10 MG (10 MG DAILY DOSE)	Nivel 6	X	X		
LENVIMA CAP 12MG	LENVATINIB CAP THERAPY PACK 3 X 4 MG (12 MG DAILY DOSE)	Nivel 6	X	X		
LENVIMA CAP 14 MG	LENVATINIB CAP THERAPY PACK 10 & 4 MG (14 MG DAILY DOSE)	Nivel 6	X	X		
LENVIMA CAP 18 MG	LENVATINIB CAP THER PACK 10 MG & 2 X 4 MG (18 MG DAILY DOSE)	Nivel 6	X	X		
LENVIMA CAP 20 MG	LENVATINIB CAP THERAPY PACK 2 X 10 MG (20 MG DAILY DOSE)	Nivel 6	X	X		
LENVIMA CAP 24 MG	LENVATINIB CAP THER PACK 2 X 10 MG & 4 MG (24 MG DAILY DOSE)	Nivel 6	X	X		
LENVIMA CAP 4MG	LENVATINIB CAP THERAPY PACK 4 MG (4 MG DAILY DOSE)	Nivel 6	X	X		
LENVIMA CAP 8 MG	LENVATINIB CAP THERAPY PACK 2 X 4 MG (8 MG DAILY DOSE)	Nivel 6	X	X		
LETOZOLE TAB 2.5MG	LETOZOLE TAB 2.5 MG	Nivel 2				H*
LEUCOVOR CA TAB 10MG	LEUCOVORIN CALCIUM TAB 10 MG	Nivel 2				
LEUCOVOR CA TAB 15MG	LEUCOVORIN CALCIUM TAB 15 MG	Nivel 2				
LEUCOVOR CA TAB 25MG	LEUCOVORIN CALCIUM TAB 25 MG	Nivel 2				
LEUCOVOR CA TAB 5MG	LEUCOVORIN CALCIUM TAB 5 MG	Nivel 2				
LEUKERAN TAB 2MG	CHLORAMBUCIL TAB 2 MG	Nivel 5				
LORBRENA TAB 100MG	LORLATINIB TAB 100 MG	Nivel 6	X	X		

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
LORBRENA TAB 25MG	LORLATINIB TAB 25 MG	Nivel 6	X	X		
MATULANE CAP 50MG	PROCARBAZINE HCL CAP 50 MG	Nivel 6				
MELPHALAN TAB 2MG	MELPHALAN TAB 2 MG	Nivel 3				
MERCAPTOPUR TAB 50MG	MERCAPTOPURINE TAB 50 MG	Nivel 2				
MYLERAN TAB 2MG	BUSULFAN TAB 2 MG	Nivel 5				
NILUTAMIDE TAB 150MG	NILUTAMIDE TAB 150 MG	Nivel 4				
NUBEQA TAB 300MG	DAROLUTAMIDE TAB 300 MG	Nivel 4	X	X		
PICATO GEL 0.015%	INGENOL MEBUTATE GEL 0.015%	Nivel 5		X		
PICATO GEL 0.05%	INGENOL MEBUTATE GEL 0.05%	Nivel 5		X		
PIQRAY 200MG TAB DOSE	ALPELISIB TAB THERAPY PACK 200 MG DAILY DOSE	Nivel 6	X	X		
PIQRAY 250MG TAB DOSE	ALPELISIB TAB PACK 250 MG DAILY DOSE (200 MG & 50 MG TABS)	Nivel 6	X	X		
PIQRAY 300MG TAB DOSE	ALPELISIB TAB PACK 300 MG DAILY DOSE (2X150 MG TAB)	Nivel 6	X	X		
POMALYST CAP 1MG	POMALIDOMIDE CAP 1 MG	Nivel 6	X	X		
POMALYST CAP 2MG	POMALIDOMIDE CAP 2 MG	Nivel 6	X	X		
POMALYST CAP 3MG	POMALIDOMIDE CAP 3 MG	Nivel 6	X	X		
POMALYST CAP 4MG	POMALIDOMIDE CAP 4 MG	Nivel 6	X	X		
REVLIMID CAP 10MG	LENALIDOMIDE CAP 10 MG	Nivel 6	X	X		
REVLIMID CAP 15MG	LENALIDOMIDE CAP 15 MG	Nivel 6	X	X		
REVLIMID CAP 2.5MG	LENALIDOMIDE CAPS 2.5 MG	Nivel 6	X	X		
REVLIMID CAP 20MG	LENALIDOMIDE CAP 20 MG	Nivel 6	X	X		
REVLIMID CAP 25MG	LENALIDOMIDE CAP 25 MG	Nivel 6	X	X		
REVLIMID CAP 5MG	LENALIDOMIDE CAP 5 MG	Nivel 6	X	X		
ROZLYTREK CAP 100MG	ENTRECTINIB CAP 100 MG	Nivel 4	X	X		
ROZLYTREK CAP 200MG	ENTRECTINIB CAP 200 MG	Nivel 4	X	X		
SORAFENIB TAB 200MG	SORAFENIB TOSYLATE TAB 200 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
SPRYCEL TAB 100MG	DASATINIB TAB 100 MG	Nivel 4	X	X		
SPRYCEL TAB 140MG	DASATINIB TAB 140 MG	Nivel 4	X	X		
SPRYCEL TAB 20MG	DASATINIB TAB 20 MG	Nivel 4	X	X		
SPRYCEL TAB 50MG	DASATINIB TAB 50 MG	Nivel 4	X	X		
SPRYCEL TAB 70MG	DASATINIB TAB 70 MG	Nivel 4	X	X		
SPRYCEL TAB 80MG	DASATINIB TAB 80 MG	Nivel 4	X	X		
STIVARGA TAB 40MG	REGORAFENIB TAB 40 MG	Nivel 4	X	X		
SUNITINIB CAP 12.5MG	SUNITINIB MALATE CAP 12.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
SUNITINIB CAP 25MG	SUNITINIB MALATE CAP 25 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
SUNITINIB CAP 37.5MG	SUNITINIB MALATE CAP 37.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
SUNITINIB CAP 50MG	SUNITINIB MALATE CAP 50 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
SYNRIBO INJ 3.5MG	OMACETAXINE MEPESUCCINATE FOR INJ 3.5 MG	Nivel 6	X	X		
TABLOID TAB 40MG	THIOGUANINE TAB 40 MG	Nivel 6				
TALZENNA CAP 0.25MG	TALAZOPARIB TOSYLATE CAP 0.25 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
TALZENNA CAP 0.5MG	TALAZOPARIB TOSYLATE CAP 0.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
TALZENNA CAP 0.75MG	TALAZOPARIB TOSYLATE CAP 0.75 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
TALZENNA CAP 1MG	TALAZOPARIB TOSYLATE CAP 1 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
TAMOXIFEN TAB 10MG	TAMOXIFEN CITRATE TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
TAMOXIFEN TAB 20MG	TAMOXIFEN CITRATE TAB 20 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				H*
TEMOZOLOMIDE CAP 100MG	TEMOZOLOMIDE CAP 100 MG	Nivel 6	X			
TEMOZOLOMIDE CAP 140MG	TEMOZOLOMIDE CAP 140 MG	Nivel 6	X			
TEMOZOLOMIDE CAP 180MG	TEMOZOLOMIDE CAP 180 MG	Nivel 6	X			
TEMOZOLOMIDE CAP 20MG	TEMOZOLOMIDE CAP 20 MG	Nivel 6	X			
TEMOZOLOMIDE CAP 250MG	TEMOZOLOMIDE CAP 250 MG	Nivel 6	X			
TEMOZOLOMIDE CAP 5MG	TEMOZOLOMIDE CAP 5 MG	Nivel 6	X			
THALOMID CAP 100MG	THALIDOMIDE CAP 100 MG	Nivel 6	X	X		
THALOMID CAP 150MG	THALIDOMIDE CAP 150 MG	Nivel 6	X	X		
THALOMID CAP 200MG	THALIDOMIDE CAP 200 MG	Nivel 6	X	X		
THALOMID CAP 50MG	THALIDOMIDE CAP 50 MG	Nivel 6	X	X		
TOREMIFENE TAB 60MG	TOREMIFENE CITRATE TAB 60 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
TRETINOIN CAP 10MG	TRETINOIN CAP 10 MG	Nivel 6		X		
TURALIO CAP 125MG	PEXIDARTINIB HCL CAP 125 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
TURALIO CAP 200MG	PEXIDARTINIB HCL CAP 200 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
VALCHLOR GEL 0.016%	MECHLORETHAMINE HCL GEL 0.016% (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
VERZENIO TAB 100MG	ABEMACICLIB TAB 100 MG	Nivel 4	X	X		
VERZENIO TAB 150MG	ABEMACICLIB TAB 150 MG	Nivel 4	X	X		
VERZENIO TAB 200MG	ABEMACICLIB TAB 200 MG	Nivel 4	X	X		
VERZENIO TAB 50MG	ABEMACICLIB TAB 50 MG	Nivel 4	X	X		
VITRAKVI CAP 100MG	LAROTRECTINIB SULFATE CAP 100 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
VITRAKVI CAP 25MG	LAROTRECTINIB SULFATE CAP 25 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
VITRAKVI SOL 20MG/ML	LAROTRECTINIB SULFATE ORAL SOLN 20 MG/ML (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
XOSPATA TAB 40MG	GILTERITINIB FUMARATE TABLET 40 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
ZELBORAF TAB 240MG	VEMURAFENIB TAB 240 MG	Nivel 6	X	X		
ZOLINZA CAP 100MG	VORINOSTAT CAP 100 MG	Nivel 6		X		
ZYKADIA TAB 150MG	CERITINIB TAB 150 MG	Nivel 6	X	X		
Antiparasitarios						
ALBENDAZOLE TAB 200MG	ALBENDAZOLE TAB 200 MG	Nivel 3	X	X		
ALINIA SUS 100/5ML	NITAZOXANIDE FOR SUSP 100 MG/5ML	Nivel 3		X		
ATOVAQ/PROGU TAB 250-100	ATOVAQUONE-PROGUANIL HCL TAB 250-100 MG	Nivel 3				
ATOVAQ/PROGU TAB 62.5-25	ATOVAQUONE-PROGUANIL HCL TAB 62.5-25 MG	Nivel 3				
ATOVAQUONE SUS 750/5ML	ATOVAQUONE SUSP 750 MG/5ML	Nivel 3				
BENZNIDAZOLE TAB 100MG	BENZNIDAZOLE TAB 100 MG	Nivel 3	X	X		
BENZNIDAZOLE TAB 12.5MG	BENZNIDAZOLE TAB 12.5 MG	Nivel 3	X	X		
CHLOROQUINE TAB 250MG	CHLOROQUINE PHOSPHATE TAB 250 MG	Nivel 2		X		
CHLOROQUINE TAB 500MG	CHLOROQUINE PHOSPHATE TAB 500 MG	Nivel 2		X		
CROTAN LOT 10%	CROTAMITON LOTION 10%	Nivel 5				
EGATEN TAB 250MG	TRICLABENDAZOLE TAB 250 MG	Nivel 5	X			

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
HYDROXYCHLOR TAB 200MG	HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE TAB 200 MG	Nivel 2		X		
IVERMECTIN LOT 0.5%	IVERMECTIN LOTION 0.5%	Nivel 3		X		
IVERMECTIN TAB 3MG	IVERMECTIN TAB 3 MG	Nivel 2	X	X		
LINDANE SHA 1%	LINDANE SHAMPOO 1%	Nivel 3		X		
MALATHION LOT 0.5%	MALATHION LOTION 0.5%	Nivel 3				
MEFLOQUINE TAB 250MG	MEFLOQUINE HCL TAB 250 MG	Nivel 2				
NITAZOXANIDE TAB 500MG	NITAZOXANIDE TAB 500 MG	Nivel 3		X		
PENTAMIDINE INH 300MG	PENTAMIDINE ISETHIONATE FOR NEBULIZATION SOLN 300 MG	Nivel 3		X		
PERMETHRIN CRE 5%	PERMETHRIN CREAM 5%	Nivel 2				
PRAZIQUANTEL TAB 600MG	PRAZIQUANTEL TAB 600 MG	Nivel 3				
PRIMAQUINE TAB 26.3MG	PRIMAQUINE PHOSPHATE TAB 26.3 MG (15 MG BASE)	Nivel 2				
PYRIMETHAMIN TAB 25MG	PYRIMETHAMINE TAB 25 MG	Nivel 6	X			
QUININE SULF CAP 324MG	QUININE SULFATE CAP 324 MG	Nivel 3				
SPINOSAD SUS 0.9%	SPINOSAD SUSP 0.9%	Nivel 3				
Antiparkinsonianos						
AMANTADINE CAP 100MG	AMANTADINE HCL CAP 100 MG	Nivel 2				
AMANTADINE SOL 50MG/5ML	AMANTADINE HCL SOLN 50 MG/5ML	Nivel 2				
AMANTADINE TAB 100MG	AMANTADINE HCL TAB 100 MG	Nivel 2				
APOMORPHINE INJ 30MG/3ML	APOMORPHINE HCL SOLN CARTRIDGE 30 MG/3ML	Nivel 6		X		
BENZTROPINE TAB 0.5MG	BENZTROPINE MESYLATE TAB 0.5 MG	Nivel 2				BH*
BENZTROPINE TAB 1MG	BENZTROPINE MESYLATE TAB 1 MG	Nivel 2				BH*
BENZTROPINE TAB 2MG	BENZTROPINE MESYLATE TAB 2 MG	Nivel 2				BH*
BROMOCRIPTIN CAP 5MG	BROMOCRIPTINE MESYLATE CAP 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				BH*
BROMOCRIPTIN TAB 2.5MG	BROMOCRIPTINE MESYLATE TAB 2.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				BH*
CARB/LEVO TAB 10-100MG	CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 10-100 MG	Nivel 3				
CARB/LEVO TAB 10-100MG	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 10-100 MG	Nivel 2				
CARB/LEVO TAB 25-100MG	CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-100 MG	Nivel 3				
CARB/LEVO TAB 25-100MG	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 25-100 MG	Nivel 2				
CARB/LEVO TAB 25-250MG	CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-250 MG	Nivel 3				
CARB/LEVO TAB 25-250MG	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 25-250 MG	Nivel 2				
CARB/LEVO 50 TAB /ENTACAP	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TABS 12.5-50-200 MG	Nivel 3				
CARB/LEVO 75 TAB /ENTACAP	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TABS 18.75-75-200 MG	Nivel 3				
CARB/LEVO ER TAB 25-100MG	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB ER 25- 100 MG	Nivel 2				
CARB/LEVO ER TAB 50-200MG	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB ER 50- 200 MG	Nivel 2				
CARB/LEVO100 TAB /ENTACAP	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TABS 25-100-200 MG	Nivel 3				
CARB/LEVO125 TAB /ENTACAP	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TABS 31.25-125-200 MG	Nivel 3				
CARB/LEVO150 TAB /ENTACAP	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TABS 37.5-150-200 MG	Nivel 3				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
CARB/LEVO200 TAB /ENTACAP	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TABS 50-200-200 MG	Nivel 3				
CARBIDOPA TAB 25MG	CARBIDOPA TAB 25 MG	Nivel 3				
DUOPA SUS 4.63-20	CARBIDOPA-LEVODOPA ENTERAL SUSP 4.63-20 MG/ML	Nivel 5	X			
ENTACAPONE TAB 200MG	ENTACAPONE TAB 200 MG	Nivel 3				
PRAMIPEXOLE TAB 0.125MG	PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE TAB 0.125 MG	Nivel 2				BH*
PRAMIPEXOLE TAB 0.25MG	PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE TAB 0.25 MG	Nivel 2				BH*
PRAMIPEXOLE TAB 0.5MG	PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE TAB 0.5 MG	Nivel 2				BH*
PRAMIPEXOLE TAB 0.75MG	PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE TAB 0.75 MG	Nivel 2				BH*
PRAMIPEXOLE TAB 1.5MG	PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE TAB 1.5 MG	Nivel 2				BH*
PRAMIPEXOLE TAB 1MG	PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE TAB 1 MG	Nivel 2				BH*
RASAGILINE TAB 0.5MG	RASAGILINE MESYLATE TAB 0.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3			X	
RASAGILINE TAB 1MG	RASAGILINE MESYLATE TAB 1 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3			X	
ROPINIROLE TAB 0.25MG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 0.25 MG	Nivel 2				
ROPINIROLE TAB 0.5MG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 0.5 MG	Nivel 2				
ROPINIROLE TAB 1MG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 1 MG	Nivel 2				
ROPINIROLE TAB 2MG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 2 MG	Nivel 2				
ROPINIROLE TAB 3MG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 3 MG	Nivel 2				
ROPINIROLE TAB 4MG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 4 MG	Nivel 2				
ROPINIROLE TAB 5MG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 5 MG	Nivel 2				
SELEGILINE CAP 5MG	SELEGILINE HCL CAP 5 MG	Nivel 3				
SELEGILINE TAB 5MG	SELEGILINE HCL TAB 5 MG	Nivel 3				
TOLCAPONE TAB 100MG	TOLCAPONE TAB 100 MG	Nivel 3		X		
TRIHEXYPHEN SOL 0.4MG/ML	TRIHEXYPHENIDYL HCL ORAL SOLN 0.4 MG/ML	Nivel 2				BH*
TRIHEXYPHEN TAB 2MG	TRIHEXYPHENIDYL HCL TAB 2 MG	Nivel 2				BH*
TRIHEXYPHEN TAB 5MG	TRIHEXYPHENIDYL HCL TAB 5 MG	Nivel 2				BH*
Antipsicóticos						
ARIPIPRAZOLE SOL 1MG/ML	ARIPIPRAZOLE ORAL SOLUTION 1 MG/ML	Nivel 1		X		BH
ARIPIPRAZOLE TAB 10MG	ARIPIPRAZOLE TAB 10 MG	Nivel 1		X		BH
ARIPIPRAZOLE TAB 15MG	ARIPIPRAZOLE TAB 15 MG	Nivel 1		X		BH
ARIPIPRAZOLE TAB 20MG	ARIPIPRAZOLE TAB 20 MG	Nivel 1		X		BH
ARIPIPRAZOLE TAB 2MG	ARIPIPRAZOLE TAB 2 MG	Nivel 1		X		BH
ARIPIPRAZOLE TAB 30MG	ARIPIPRAZOLE TAB 30 MG	Nivel 1		X		BH
ARIPIPRAZOLE TAB 5MG	ARIPIPRAZOLE TAB 5 MG	Nivel 1		X		BH
ASENAPINE SUB 10MG	ASENAPINE MALEATE SL TAB 10 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X	X	BH
ASENAPINE SUB 2.5MG	ASENAPINE MALEATE SL TAB 2.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X	X	BH
ASENAPINE SUB 5MG	ASENAPINE MALEATE SL TAB 5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X	X	BH

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
CHLORPROMAZ TAB 100MG	CHLORPROMAZINE HCL TAB 100 MG	Nivel 1				BH
CHLORPROMAZ TAB 10MG	CHLORPROMAZINE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				BH
CHLORPROMAZ TAB 200MG	CHLORPROMAZINE HCL TAB 200 MG	Nivel 1				BH
CHLORPROMAZ TAB 25MG	CHLORPROMAZINE HCL TAB 25 MG	Nivel 1				BH
CHLORPROMAZ TAB 50MG	CHLORPROMAZINE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				BH
CLOZAPINE TAB 100/ODT	CLOZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 100 MG	Nivel 1		X		BH
CLOZAPINE TAB 100MG	CLOZAPINE TAB 100 MG	Nivel 1				BH
CLOZAPINE TAB 12.5/ODT	CLOZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 12.5 MG	Nivel 1		X		BH
CLOZAPINE TAB 150/ODT	CLOZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 150 MG	Nivel 1		X		BH
CLOZAPINE TAB 200/ODT	CLOZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 200 MG	Nivel 1		X		BH
CLOZAPINE TAB 200MG	CLOZAPINE TAB 200 MG	Nivel 1				BH
CLOZAPINE TAB 25MG	CLOZAPINE TAB 25 MG	Nivel 1				BH
CLOZAPINE TAB 25MG ODT	CLOZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 25 MG	Nivel 1		X		BH
CLOZAPINE TAB 50MG	CLOZAPINE TAB 50 MG	Nivel 1				BH
FLUPHENAZINE CON 5MG/ML	FLUPHENAZINE HCL ORAL CONC 5 MG/ML	Nivel 1				BH
FLUPHENAZINE ELX 2.5/5ML	FLUPHENAZINE HCL ELIXIR 2.5 MG/5ML	Nivel 1				BH
FLUPHENAZINE TAB 10MG	FLUPHENAZINE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				BH
FLUPHENAZINE TAB 1MG	FLUPHENAZINE HCL TAB 1 MG	Nivel 1				BH
FLUPHENAZINE TAB 2.5MG	FLUPHENAZINE HCL TAB 2.5 MG	Nivel 1				BH
FLUPHENAZINE TAB 5MG	FLUPHENAZINE HCL TAB 5 MG	Nivel 1				BH
HALOPERIDOL CON 2MG/ML	HALOPERIDOL LACTATE ORAL CONC 2 MG/ML	Nivel 1				BH
HALOPERIDOL TAB 0.5MG	HALOPERIDOL TAB 0.5 MG	Nivel 1				BH
HALOPERIDOL TAB 10MG	HALOPERIDOL TAB 10 MG	Nivel 1				BH
HALOPERIDOL TAB 1MG	HALOPERIDOL TAB 1 MG	Nivel 1				BH
HALOPERIDOL TAB 20MG	HALOPERIDOL TAB 20 MG	Nivel 1				BH
HALOPERIDOL TAB 2MG	HALOPERIDOL TAB 2 MG	Nivel 1				BH
HALOPERIDOL TAB 5MG	HALOPERIDOL TAB 5 MG	Nivel 1				BH
LOXAPINE CAP 10MG	LOXAPINE SUCCINATE CAP 10 MG	Nivel 1				BH
LOXAPINE CAP 25MG	LOXAPINE SUCCINATE CAP 25 MG	Nivel 1				BH
LOXAPINE CAP 50MG	LOXAPINE SUCCINATE CAP 50 MG	Nivel 1				BH
LOXAPINE CAP 5MG	LOXAPINE SUCCINATE CAP 5 MG	Nivel 1				BH
LURASIDONE TAB 120MG	LURASIDONE HCL TAB 120 MG	Nivel 1		X		BH
LURASIDONE TAB 20MG	LURASIDONE HCL TAB 20 MG	Nivel 1		X		BH
LURASIDONE TAB 40MG	LURASIDONE HCL TAB 40 MG	Nivel 1		X		BH
LURASIDONE TAB 60MG	LURASIDONE HCL TAB 60 MG	Nivel 1		X		BH
LURASIDONE TAB 80MG	LURASIDONE HCL TAB 80 MG	Nivel 1		X		BH
MOLINDONE TAB HCL 10MG	MOLINDONE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				BH
MOLINDONE TAB HCL 25MG	MOLINDONE HCL TAB 25 MG	Nivel 1				BH
MOLINDONE TAB HCL 5MG	MOLINDONE HCL TAB 5 MG	Nivel 1				BH
OLANZAPINE TAB 10MG	OLANZAPINE TAB 10 MG	Nivel 1		X		BH
OLANZAPINE TAB 10MG ODT	OLANZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 10 MG	Nivel 1		X		BH
OLANZAPINE TAB 15MG	OLANZAPINE TAB 15 MG	Nivel 1		X		BH
OLANZAPINE TAB 15MG ODT	OLANZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 15 MG	Nivel 1		X		BH
OLANZAPINE TAB 2.5MG	OLANZAPINE TAB 2.5 MG	Nivel 1		X		BH

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
OLANZAPINE TAB 20MG	OLANZAPINE TAB 20 MG	Nivel 1		X		BH
OLANZAPINE TAB 20MG ODT	OLANZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 20 MG	Nivel 1		X		BH
OLANZAPINE TAB 5MG	OLANZAPINE TAB 5 MG	Nivel 1		X		BH
OLANZAPINE TAB 5MG ODT	OLANZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 5 MG	Nivel 1		X		BH
OLANZAPINE TAB 7.5MG	OLANZAPINE TAB 7.5 MG	Nivel 1		X		BH
PALIPERIDONE TAB ER 1.5MG	PALIPERIDONE TAB ER 24HR 1.5 MG	Nivel 1		X		BH
PALIPERIDONE TAB ER 3MG	PALIPERIDONE TAB ER 24HR 3 MG	Nivel 1		X		BH
PALIPERIDONE TAB ER 6MG	PALIPERIDONE TAB ER 24HR 6 MG	Nivel 1		X		BH
PALIPERIDONE TAB ER 9MG	PALIPERIDONE TAB ER 24HR 9 MG	Nivel 1		X		BH
PIMOZIDE TAB 1MG	PIMOZIDE TAB 1 MG	Nivel 1				BH
PIMOZIDE TAB 2MG	PIMOZIDE TAB 2 MG	Nivel 1				BH
QUETIAPINE TAB 100MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 100 MG	Nivel 1		X		BH
QUETIAPINE TAB 150MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 150 MG	Nivel 1		X		BH
QUETIAPINE TAB 150MG ER	QUETIAPINE FUMARATE TAB ER 24HR 150 MG	Nivel 1		X		BH
QUETIAPINE TAB 200MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 200 MG	Nivel 1		X		BH
QUETIAPINE TAB 200MG ER	QUETIAPINE FUMARATE TAB ER 24HR 200 MG	Nivel 1		X		BH
QUETIAPINE TAB 25MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 25 MG	Nivel 1		X		BH
QUETIAPINE TAB 300MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 300 MG	Nivel 1		X		BH
QUETIAPINE TAB 300MG ER	QUETIAPINE FUMARATE TAB ER 24HR 300 MG	Nivel 1		X		BH
QUETIAPINE TAB 400MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 400 MG	Nivel 1		X		BH
QUETIAPINE TAB 400MG ER	QUETIAPINE FUMARATE TAB ER 24HR 400 MG	Nivel 1		X		BH
QUETIAPINE TAB 50MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 50 MG	Nivel 1		X		BH
QUETIAPINE TAB 50MG ER	QUETIAPINE FUMARATE TAB ER 24HR 50 MG	Nivel 1		X		BH
RISPERIDONE SOL 1MG/ML	RISPERIDONE SOLN 1 MG/ML	Nivel 1				BH
RISPERIDONE TAB 0.25 ODT	RISPERIDONE ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.25 MG	Nivel 1				BH
RISPERIDONE TAB 0.25MG	RISPERIDONE TAB 0.25 MG	Nivel 1				BH
RISPERIDONE TAB 0.5MG	RISPERIDONE TAB 0.5 MG	Nivel 1				BH
RISPERIDONE TAB 0.5MG OD	RISPERIDONE ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.5 MG	Nivel 1				BH
RISPERIDONE TAB 1MG	RISPERIDONE TAB 1 MG	Nivel 1				BH
RISPERIDONE TAB 1MG ODT	RISPERIDONE ORALLY DISINTEGRATING TAB 1 MG	Nivel 1				BH
RISPERIDONE TAB 2MG	RISPERIDONE TAB 2 MG	Nivel 1				BH
RISPERIDONE TAB 2MG ODT	RISPERIDONE ORALLY DISINTEGRATING TAB 2 MG	Nivel 1				BH
RISPERIDONE TAB 3MG	RISPERIDONE TAB 3 MG	Nivel 1				BH
RISPERIDONE TAB 3MG ODT	RISPERIDONE ORALLY DISINTEGRATING TAB 3 MG	Nivel 1				BH
RISPERIDONE TAB 4MG	RISPERIDONE TAB 4 MG	Nivel 1				BH
RISPERIDONE TAB 4MG ODT	RISPERIDONE ORALLY DISINTEGRATING TAB 4 MG	Nivel 1				BH
THIORIDAZINE TAB 100MG	THIORIDAZINE HCL TAB 100 MG	Nivel 1				BH
THIORIDAZINE TAB 10MG	THIORIDAZINE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				BH
THIORIDAZINE TAB 25MG	THIORIDAZINE HCL TAB 25 MG	Nivel 1				BH
THIORIDAZINE TAB 50MG	THIORIDAZINE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				BH
THIOTHIXENE CAP 10MG	THIOTHIXENE CAP 10 MG	Nivel 1				BH
THIOTHIXENE CAP 1MG	THIOTHIXENE CAP 1 MG	Nivel 1				BH

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
THIOTHIXENE CAP 2MG	THIOTHIXENE CAP 2 MG	Nivel 1				BH
THIOTHIXENE CAP 5MG	THIOTHIXENE CAP 5 MG	Nivel 1				BH
TRIFLUOPERAZ TAB 10MG	TRIFLUOPERAZINE HCL TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				BH
TRIFLUOPERAZ TAB 1MG	TRIFLUOPERAZINE HCL TAB 1 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				BH
TRIFLUOPERAZ TAB 2MG	TRIFLUOPERAZINE HCL TAB 2 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				BH
TRIFLUOPERAZ TAB 5MG	TRIFLUOPERAZINE HCL TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				BH
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	CARIPRAZINE HCL CAP THERAPY PACK 1.5 MG (1) & 3 MG (6)	Nivel 1		X		BH
VRAYLAR CAP 1.5MG	CARIPRAZINE HCL CAP 1.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1		X		BH
VRAYLAR CAP 3MG	CARIPRAZINE HCL CAP 3 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1		X		BH
VRAYLAR CAP 4.5MG	CARIPRAZINE HCL CAP 4.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1		X		BH
VRAYLAR CAP 6MG	CARIPRAZINE HCL CAP 6 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1		X		BH
ZIPRASIDONE CAP 20MG	ZIPRASIDONE HCL CAP 20 MG	Nivel 1		X		BH
ZIPRASIDONE CAP 40MG	ZIPRASIDONE HCL CAP 40 MG	Nivel 1		X		BH
ZIPRASIDONE CAP 60MG	ZIPRASIDONE HCL CAP 60 MG	Nivel 1		X		BH
ZIPRASIDONE CAP 80MG	ZIPRASIDONE HCL CAP 80 MG	Nivel 1		X		BH
Antivirales						
ABACA/LAMIVU TAB 600-300M	ABACAVIR SULFATE-LAMIVUDINE TAB 600-300 MG	Nivel 1		X		
ABACAV/LAMIV TAB /ZIDOVUD	ABACAVIR SULFATE-LAMIVUDINE- ZIDOVUDINE TAB 300-150-300 MG	Nivel 1		X		
ABACAVIR SOL 20MG/ML	ABACAVIR SULFATE SOLN 20 MG/ML (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
ABACAVIR TAB 300MG	ABACAVIR SULFATE TAB 300 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
ACYCLOVIR CAP 200MG	ACYCLOVIR CAP 200 MG	Nivel 2				
ACYCLOVIR OIN 5%	ACYCLOVIR OINT 5%	Nivel 3		X		
ACYCLOVIR SUS 200/5ML	ACYCLOVIR SUSP 200 MG/5ML	Nivel 3				
ACYCLOVIR TAB 400MG	ACYCLOVIR TAB 400 MG	Nivel 2				
ACYCLOVIR TAB 800MG	ACYCLOVIR TAB 800 MG	Nivel 2				
ADEFOV DIPIV TAB 10MG	ADEFOVIR DIPIVOXIL TAB 10 MG	Nivel 6				
APTIVUS CAP 250MG	TIPRANA VIR CAP 250 MG	Nivel 1		X		
APTIVUS SOL	TIPRANA VIR ORAL SOLN 100 MG/ML	Nivel 5		X		
ATAZANA VIR CAP 150MG	ATAZANA VIR SULFATE CAP 150 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
ATAZANA VIR CAP 200MG	ATAZANA VIR SULFATE CAP 200 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
ATAZANA VIR CAP 300MG	ATAZANA VIR SULFATE CAP 300 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
BARACLUDE SOL	ENTECAVIR ORAL SOLN 0.05 MG/ML	Nivel 6				
BIKTARVY TAB	BICTEGRAVIR-EMTRICITABINE- TENOFVIR AF TAB 30-120-15 MG	Nivel 1		X		
BIKTARVY TAB	BICTEGRAVIR-EMTRICITABINE- TENOFVIR AF TAB 50-200-25 MG	Nivel 1		X		
COMPLERA TAB	EMTRICITABINE-RILPIVIRINE- TENOFVIR DF TAB 200-25-300 MG	Nivel 1		X		
CRIXIVAN CAP 400MG	INDINA VIR SULFATE CAP 400 MG	Nivel 1		X		
DARUNA VIR TAB 600MG	DARUNA VIR TAB 600 MG	Nivel 1		X		
DARUNA VIR TAB 800MG	DARUNA VIR TAB 800 MG	Nivel 1		X		

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
DOVATO TAB 50-300MG	DOLUTEGRAVIR SODIUM-LAMIVUDINE TAB 50-300 MG (BASE EQ)	Nivel 1		X		
EDURANT TAB 25MG	RILPIVIRINE HCL TAB 25 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1		X		
EFAVIRENZ CAP 200MG	EFAVIRENZ CAP 200 MG	Nivel 1		X		
EFAVIRENZ CAP 50MG	EFAVIRENZ CAP 50 MG	Nivel 1		X		
EFAVIRENZ TAB 600MG	EFAVIRENZ TAB 600 MG	Nivel 1		X		
EMTR/TEN DF TAB 100-150	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 100-150 MG	Nivel 1		X		
EMTR/TEN DF TAB 133-200	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 133-200 MG	Nivel 1		X		
EMTR/TEN DF TAB 167-250	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 167-250 MG	Nivel 1		X		
EMTR/TENOFOV TAB 200-300	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 200-300 MG	Nivel 1		X		H*
ENTECAVIR TAB 0.5MG	ENTECAVIR TAB 0.5 MG	Nivel 3				
ENTECAVIR TAB 1MG	ENTECAVIR TAB 1 MG	Nivel 3				
EPCLUSA PAK 150-37.5	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR PELLETT PACK 150-37.5 MG	Nivel 4	X	X		
EPCLUSA PAK 200-50MG	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR PELLETT PACK 200-50 MG	Nivel 4	X	X		
EPCLUSA TAB 200-50MG	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR TAB 200-50 MG	Nivel 4	X	X		
EPCLUSA TAB 400-100	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR TAB 400-100 MG	Nivel 4	X	X		
EPIVIR HBV SOL 5MG/ML	LAMIVUDINE ORAL SOLN 5 MG/ML (HBV)	Nivel 5				
ETRAVIRINE TAB 100MG	ETRAVIRINE TAB 100 MG	Nivel 1		X		
ETRAVIRINE TAB 200MG	ETRAVIRINE TAB 200 MG	Nivel 1		X		
FAMCICLOVIR TAB 125MG	FAMCICLOVIR TAB 125 MG	Nivel 2		X		
FAMCICLOVIR TAB 250MG	FAMCICLOVIR TAB 250 MG	Nivel 2		X		
FAMCICLOVIR TAB 500MG	FAMCICLOVIR TAB 500 MG	Nivel 2		X		
FOSAMPRENAVI TAB 700MG	FOSAMPRENAVIR CALCIUM TAB 700 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
FUZEON INJ 90MG	ENFUVIRTIDE FOR INJ 90 MG	Nivel 1		X		
GENVOYA TAB	ELVITEGRAV-COBIC-EMTRICITAB-TENOFOV AF TAB 150-150-200-10 MG	Nivel 1		X		
HARVONI PAK	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR PELLETT PACK 33.75-150 MG	Nivel 4	X	X		
HARVONI PAK 45-200MG	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR PELLETT PACK 45-200 MG	Nivel 4	X	X		
HARVONI TAB 45-200MG	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR TAB 45-200 MG	Nivel 4	X	X		
HARVONI TAB 90-400MG	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR TAB 90-400 MG	Nivel 4	X	X		
INTELENCE TAB 25MG	ETRAVIRINE TAB 25 MG	Nivel 1		X		
INTRON A INJ 10MU	INTERFERON ALFA-2B FOR INJ 10000000 UNIT	Nivel 6	X			
INTRON A INJ 18MU	INTERFERON ALFA-2B FOR INJ 18000000 UNIT	Nivel 6	X			
INTRON A INJ 18MU	INTERFERON ALFA-2B INJ 6000000 UNIT/ML	Nivel 6	X			
INTRON A INJ 25MU	INTERFERON ALFA-2B INJ 10000000 UNIT/ML	Nivel 6	X			

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
INTRON A INJ 50MU	INTERFERON ALFA-2B FOR INJ 50000000 UNIT	Nivel 6	X			
INVIRASE TAB 500MG	SAQUINAVIR MESYLATE TAB 500 MG	Nivel 1		X		
ISENTRESS POW 100MG	RALTEGRAVIR POTASSIUM PACKET FOR SUSP 100 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
ISENTRESS TAB 400MG	RALTEGRAVIR POTASSIUM TAB 400 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
JULUCA TAB 50-25MG	DOLUTEGRAVIR SODIUM-RILPIVIRINE HCL TAB 50-25 MG (BASE EQ)	Nivel 1		X		
LAMIVUD/ZIDO TAB 150-300	LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE TAB 150-300 MG	Nivel 1		X		
LAMIVUDINE SOL 10MG/ML	LAMIVUDINE ORAL SOLN 10 MG/ML	Nivel 1		X		
LAMIVUDINE TAB 100MG	LAMIVUDINE TAB 100 MG (HBV)	Nivel 3				
LAMIVUDINE TAB 150MG	LAMIVUDINE TAB 150 MG	Nivel 1		X		
LAMIVUDINE TAB 300MG	LAMIVUDINE TAB 300 MG	Nivel 1		X		
LEDIP-SOFOSB TAB 90-400MG	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR TAB 90-400 MG	Nivel 4	X	X		
LEXIVA SUS 50MG/ML	FOSAMPRENAVIR CALCIUM SUSP 50 MG/ML (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
LOPIN/RITON SOL 80-20/ML	LOPINAVER-RITONAVIR SOLN 400-100 MG/5ML (80-20 MG/ML)	Nivel 1		X		
LOPIN/RITON TAB 100-25MG	LOPINAVER-RITONAVIR TAB 100-25 MG	Nivel 1		X		
LOPIN/RITON TAB 200-50MG	LOPINAVER-RITONAVIR TAB 200-50 MG	Nivel 1		X		
MARAVIROC TAB 150MG	MARAVIROC TAB 150 MG	Nivel 1		X		
MARAVIROC TAB 300MG	MARAVIROC TAB 300 MG	Nivel 1		X		
NEVIRAPINE SUS 50MG/5ML	NEVIRAPINE SUSP 50 MG/5ML	Nivel 1		X		
NEVIRAPINE TAB 200MG	NEVIRAPINE TAB 200 MG	Nivel 1		X		
NORVIR POW 100MG	RITONAVIR POWDER PACKET 100 MG	Nivel 1		X		
NORVIR SOL 80MG/ML	RITONAVIR ORAL SOLN 80 MG/ML	Nivel 1		X		
ODEFSEY TAB	EMTRICITABINE-RILPIVIRINE-TENOFOVIR AF TAB 200-25-25 MG	Nivel 1		X		
OSELTAMIVIR CAP 30MG	OSELTAMIVIR PHOSPHATE CAP 30 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
OSELTAMIVIR CAP 45MG	OSELTAMIVIR PHOSPHATE CAP 45 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
OSELTAMIVIR CAP 75MG	OSELTAMIVIR PHOSPHATE CAP 75 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
OSELTAMIVIR SUS 6MG/ML	OSELTAMIVIR PHOSPHATE FOR SUSP 6 MG/ML (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
PEGASYS INJ	PEGINTERFERON ALFA-2A SOLN PREFILLED SYR 180 MCG/0.5ML	Nivel 6	X	X		
PEGASYS INJ 180MCG/M	PEGINTERFERON ALFA-2A INJ 180 MCG/ML	Nivel 6	X	X		
PEGINTRON KIT 50MCG	PEGINTERFERON ALFA-2B FOR INJ KIT 50 MCG/0.5ML	Nivel 6	X	X		
PENCICLOVIR CRE 1%	PENCICLOVIR CREAM 1%	Nivel 3		X		
PREZISTA SUS 100MG/ML	DARUNAVIR ORAL SUSP 100 MG/ML	Nivel 1		X		
RELENZA MIS DISKHALE	ZANAMIVIR AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	Nivel 5		X		
REYATAZ POW 50MG	ATAZANAVIR SULFATE ORAL POWDER PACKET 50 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
RIBAVIRIN CAP 200MG	RIBAVIRIN CAP 200 MG	Nivel 3				
RIBAVIRIN TAB 200MG	RIBAVIRIN TAB 200 MG	Nivel 3				
RIMANTADINE TAB 100MG	RIMANTADINE HYDROCHLORIDE TAB 100 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
RITONAVIR TAB 100MG	RITONAVIR TAB 100 MG	Nivel 1		X		
SELZENTRY SOL 20MG/ML	MARAVIROC ORAL SOLN 20 MG/ML	Nivel 1		X		
SELZENTRY TAB 25MG	MARAVIROC TAB 25 MG	Nivel 1		X		
SELZENTRY TAB 75MG	MARAVIROC TAB 75 MG	Nivel 1		X		
SOFOS/VELPAT TAB 400-100	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR TAB 400-100 MG	Nivel 4	X	X		
STAVUDINE CAP 15MG	STAVUDINE CAP 15 MG	Nivel 1		X		
STAVUDINE CAP 20MG	STAVUDINE CAP 20 MG	Nivel 1		X		
STAVUDINE CAP 30MG	STAVUDINE CAP 30 MG	Nivel 1		X		
STAVUDINE CAP 40MG	STAVUDINE CAP 40 MG	Nivel 1		X		
STRIBILD TAB	ELVITEGRAV-COBIC-EMTRICITAB-TENOFOVDF TAB 150-150-200-300 MG	Nivel 1		X		
TENOFOVIR TAB 300MG	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 300 MG	Nivel 1		X		H*
TRIUMEQ TAB	ABACAVIR-DOLUTEGRAVIR-LAMIVUDINE TAB 600-50-300 MG	Nivel 1		X		
VALACYCLOVIR TAB 1GM	VALACYCLOVIR HCL TAB 1 GM	Nivel 2		X		
VALACYCLOVIR TAB 500MG	VALACYCLOVIR HCL TAB 500 MG	Nivel 2		X		
VALGANCICLOV SOL 50MG/ML	VALGANCICLOVIR HCL FOR SOLN 50 MG/ML (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
VALGANCICLOV TAB 450MG	VALGANCICLOVIR HCL TAB 450 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3		X		
VIRACEPT TAB 250MG	NELFINAVIR MESYLATE TAB 250 MG	Nivel 1		X		
VIRACEPT TAB 625MG	NELFINAVIR MESYLATE TAB 625 MG	Nivel 1		X		
ZIDOVUDINE CAP 100MG	ZIDOVUDINE CAP 100 MG	Nivel 1		X		
ZIDOVUDINE SYP 50MG/5ML	ZIDOVUDINE SYRUP 10 MG/ML	Nivel 1		X		
ZIDOVUDINE TAB 300MG	ZIDOVUDINE TAB 300 MG	Nivel 1		X		
Ansiolíticos						
ALPRAZOLAM CON 1 MG/ML	ALPRAZOLAM CONC 1 MG/ML	Nivel 1		X		BH
ALPRAZOLAM TAB 0.25 ODT	ALPRAZOLAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.25 MG	Nivel 1		X		BH
ALPRAZOLAM TAB 0.25MG	ALPRAZOLAM TAB 0.25 MG	Nivel 1		X		BH
ALPRAZOLAM TAB 0.5MG	ALPRAZOLAM TAB 0.5 MG	Nivel 1		X		BH
ALPRAZOLAM TAB 0.5MG ER	ALPRAZOLAM TAB ER 24HR 0.5 MG	Nivel 1		X		BH
ALPRAZOLAM TAB 0.5MG OD	ALPRAZOLAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.5 MG	Nivel 1		X		BH
ALPRAZOLAM TAB 1MG	ALPRAZOLAM TAB 1 MG	Nivel 1		X		BH
ALPRAZOLAM TAB 1MG ER	ALPRAZOLAM TAB ER 24HR 1 MG	Nivel 1		X		BH
ALPRAZOLAM TAB 1MG ODT	ALPRAZOLAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 1 MG	Nivel 1		X		BH
ALPRAZOLAM TAB 2MG	ALPRAZOLAM TAB 2 MG	Nivel 1		X		BH
ALPRAZOLAM TAB 2MG ER	ALPRAZOLAM TAB ER 24HR 2 MG	Nivel 1		X		BH
ALPRAZOLAM TAB 2MG ODT	ALPRAZOLAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 2 MG	Nivel 1		X		BH
ALPRAZOLAM TAB 3MG ER	ALPRAZOLAM TAB ER 24HR 3 MG	Nivel 1		X		BH
BUSPIRONE TAB 10MG	BUSPIRONE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				BH
BUSPIRONE TAB 15MG	BUSPIRONE HCL TAB 15 MG	Nivel 1				BH
BUSPIRONE TAB 30MG	BUSPIRONE HCL TAB 30 MG	Nivel 1				BH
BUSPIRONE TAB 5MG	BUSPIRONE HCL TAB 5 MG	Nivel 1				BH
BUSPIRONE TAB 7.5MG	BUSPIRONE HCL TAB 7.5 MG	Nivel 1				BH
CHLORDIAZEP CAP 10MG	CHLORDIAZEPOXIDE HCL CAP 10 MG	Nivel 1				BH
CHLORDIAZEP CAP 25MG	CHLORDIAZEPOXIDE HCL CAP 25 MG	Nivel 1				BH
CHLORDIAZEP CAP 5MG	CHLORDIAZEPOXIDE HCL CAP 5 MG	Nivel 1				BH
CLONAZEP ODT TAB 0.125MG	CLONAZEPAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.125 MG	Nivel 1		X		BH

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
CLONAZEP ODT TAB 0.25MG	CLONAZEPAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.25 MG	Nivel 1		X		BH
CLONAZEP ODT TAB 0.5MG	CLONAZEPAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.5 MG	Nivel 1		X		BH
CLONAZEP ODT TAB 1MG	CLONAZEPAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 1 MG	Nivel 1		X		BH
CLONAZEP ODT TAB 2MG	CLONAZEPAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 2 MG	Nivel 1		X		BH
CLONAZEPAM TAB 0.5MG	CLONAZEPAM TAB 0.5 MG	Nivel 1		X		BH
CLONAZEPAM TAB 1MG	CLONAZEPAM TAB 1 MG	Nivel 1		X		BH
CLONAZEPAM TAB 2MG	CLONAZEPAM TAB 2 MG	Nivel 1		X		BH
CLORAZ DIPOT TAB 15MG	CLORAZEPATE DIPOTASSIUM TAB 15 MG	Nivel 1		X		BH
CLORAZ DIPOT TAB 3.75MG	CLORAZEPATE DIPOTASSIUM TAB 3.75 MG	Nivel 1		X		BH
CLORAZ DIPOT TAB 7.5MG	CLORAZEPATE DIPOTASSIUM TAB 7.5 MG	Nivel 1		X		BH
DIAZEPAM CON 25MG/5ML	DIAZEPAM CONC 5 MG/ML	Nivel 1		X		BH
DIAZEPAM CON 5MG/ML	DIAZEPAM CONC 5 MG/ML	Nivel 1		X		BH
DIAZEPAM SOL 5MG/5ML	DIAZEPAM ORAL SOLN 1 MG/ML	Nivel 1				BH
DIAZEPAM TAB 10MG	DIAZEPAM TAB 10 MG	Nivel 1		X		BH
DIAZEPAM TAB 2MG	DIAZEPAM TAB 2 MG	Nivel 1		X		BH
DIAZEPAM TAB 5MG	DIAZEPAM TAB 5 MG	Nivel 1		X		BH
ESTAZOLAM TAB 1MG	ESTAZOLAM TAB 1 MG	Nivel 2		X		BH*
ESTAZOLAM TAB 2MG	ESTAZOLAM TAB 2 MG	Nivel 2		X		BH*
HYDROXYZ HCL SYP 10MG/5ML	HYDROXYZINE HCL SYRUP 10 MG/5ML	Nivel 1				BH
HYDROXYZ HCL TAB 10MG	HYDROXYZINE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				BH
HYDROXYZ HCL TAB 25MG	HYDROXYZINE HCL TAB 25 MG	Nivel 1				BH
HYDROXYZ HCL TAB 50MG	HYDROXYZINE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				BH
HYDROXYZ PAM CAP 100MG	HYDROXYZINE PAMOATE CAP 100 MG	Nivel 1				BH
HYDROXYZ PAM CAP 25MG	HYDROXYZINE PAMOATE CAP 25 MG	Nivel 1				BH
HYDROXYZ PAM CAP 50MG	HYDROXYZINE PAMOATE CAP 50 MG	Nivel 1				BH
LORAZEPAM CON 2MG/ML	LORAZEPAM CONC 2 MG/ML	Nivel 1		X		BH
LORAZEPAM TAB 0.5MG	LORAZEPAM TAB 0.5 MG	Nivel 1		X		BH
LORAZEPAM TAB 1MG	LORAZEPAM TAB 1 MG	Nivel 1		X		BH
LORAZEPAM TAB 2MG	LORAZEPAM TAB 2 MG	Nivel 1		X		BH
MEPROBAMATE TAB 200MG	MEPROBAMATE TAB 200 MG	Nivel 1				BH
MEPROBAMATE TAB 400MG	MEPROBAMATE TAB 400 MG	Nivel 1				BH
OXAZEPAM CAP 10MG	OXAZEPAM CAP 10 MG	Nivel 1				BH
OXAZEPAM CAP 15MG	OXAZEPAM CAP 15 MG	Nivel 1				BH
OXAZEPAM CAP 30MG	OXAZEPAM CAP 30 MG	Nivel 1				BH
QUAZEPAM TAB 15MG	QUAZEPAM TAB 15 MG	Nivel 3				BH*
TRIAZOLAM TAB 0.125MG	TRIAZOLAM TAB 0.125 MG	Nivel 2		X		BH*
TRIAZOLAM TAB 0.25MG	TRIAZOLAM TAB 0.25 MG	Nivel 2		X		BH*
Bipolares						
EQUETRO CAP 100MG	CARBAMAZEPINE (MOOD) CAP ER 12HR 100 MG	Nivel 1				BH
EQUETRO CAP 200MG	CARBAMAZEPINE (MOOD) CAP ER 12HR 200 MG	Nivel 1				BH
EQUETRO CAP 300MG	CARBAMAZEPINE (MOOD) CAP ER 12HR 300 MG	Nivel 1				BH
LITHIUM CARB CAP 150MG	LITHIUM CARBONATE CAP 150 MG	Nivel 1				BH
LITHIUM CARB CAP 300MG	LITHIUM CARBONATE CAP 300 MG	Nivel 1				BH

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
LITHIUM CARB CAP 600MG	LITHIUM CARBONATE CAP 600 MG	Nivel 1				BH
LITHIUM CARB TAB 300MG	LITHIUM CARBONATE TAB 300 MG	Nivel 1				BH
LITHIUM CARB TAB 300MG ER	LITHIUM CARBONATE TAB ER 300 MG	Nivel 1				BH
LITHIUM CARB TAB 450MG ER	LITHIUM CARBONATE TAB ER 450 MG	Nivel 1				BH
Control de la glucemia						
ACCU-CHECK KIT GUIDE ME	*Blood Glucose Monitoring Kit w/ Device***	Nivel 3		X		
ACCU-CHEK KIT GUIDE	*Blood Glucose Monitoring Kit w/ Device***	Nivel 3		X		
ACCU-CHEK KIT SOFTCLIX	*Lancets Kit***	Nivel 3		X		
ACCU-CHEK LIQ GUIDE	*Blood Glucose Calibration - Liquid***	Nivel 3		X		
ACCU-CHEK LIQ SMART	*Blood Glucose Calibration - Liquid***	Nivel 3		X		
ACCU-CHEK SOL	*Blood Glucose Calibration - Liquid***	Nivel 3		X		
ACCU-CHEK TES AVIVA PL	Glucose Blood Test Strip	Nivel 3		X		
ACCU-CHEK TES GUIDE	Glucose Blood Test Strip	Nivel 3		X		
ACCU-CHEK TES SMART	Glucose Blood Test Strip	Nivel 3		X		
AUTOPEN MIS 1-21UNIT	INJECTION DEVICE FOR INSULIN	Nivel 3				
CONTOUR LOW LIQ CONTROL	*Blood Glucose Calibration - Liquid - Low***	Nivel 3		X		
CONTOUR NORM LIQ CONTROL	*Blood Glucose Calibration - Liquid - Normal***	Nivel 3		X		
LANCET DEVIC MIS ADJUST	*Lancet Devices***	Nivel 3		X		
LANCETS MIS	*Lancets***	Nivel 3				
NOVOPEN ECHO MIS	INJECTION DEVICE FOR INSULIN	Nivel 3				
ONE TOUCH KIT VERIO FL	*Blood Glucose Monitoring Kit w/ Device***	Nivel 3		X		
ONETOUCH KIT ULTRA 2	*Blood Glucose Monitoring Kit w/ Device***	Nivel 3		X		
ONETOUCH KIT VERIO	*Blood Glucose Monitoring Kit w/ Device***	Nivel 3		X		
ONETOUCH KIT VERIO RE	*Blood Glucose Monitoring Kit w/ Device***	Nivel 3		X		
ONETOUCH SOL ULT CONT	*Blood Glucose Calibration - Liquid***	Nivel 3		X		
ONETOUCH SOL VERIO	*Blood Glucose Calibration - Liquid***	Nivel 3		X		
ONETOUCH SOL VERIO-HI	*Blood Glucose Calibration - Liquid - High***	Nivel 3		X		
ONETOUCH TES ULTRA	Glucose Blood Test Strip	Nivel 3		X		
ONETOUCH TES VERIO	Glucose Blood Test Strip	Nivel 3		X		
PRODIGY KIT NO CODIN	*BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT W/ DEVICE***	Nivel 5	X	X		
PRODIGY AUTO KIT MONITOR	*BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT W/ DEVICE***	Nivel 5	X	X		
PRODIGY AUTO MIS SYSTEM	*Blood Glucose Monitoring Devices***	Nivel 5	X	X		
PRODIGY NO TES CODING	GLUCOSE BLOOD TEST STRIP	Nivel 5	X	X		
PRODIGY PCKT KIT METER	*BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT W/ DEVICE***	Nivel 5	X	X		
PRODIGY VOIC KIT METER	*BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT W/ DEVICE***	Nivel 5	X	X		
Reguladores de la glucemia						
ACARBOSE TAB 100MG	ACARBOSE TAB 100 MG	Nivel 2		X		
ACARBOSE TAB 25MG	ACARBOSE TAB 25 MG	Nivel 2		X		
ACARBOSE TAB 50MG	ACARBOSE TAB 50 MG	Nivel 2		X		
BAQSIMI ONE POW 3MG/DOSE	GLUCAGON NASAL POWDER 3 MG/DOSE	Nivel 2		X		\$0 de Copago

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
BAQSIMI TWO POW 3MG/DOSE	GLUCAGON NASAL POWDER 3 MG/ DOSE	Nivel 2		X		\$0 de Copago
BASAGLAR INJ 100UNIT	INSULIN GLARGINE SOLN PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML	Nivel 3		X		
BYDUREON BC INJ 2/0.85ML	EXENATIDE EXTENDED RELEASE SUSP AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML	Nivel 3	X	X		
DIAZOXIDE SUS 50MG/ML	DIAZOXIDE SUSP 50 MG/ML	Nivel 3				
FARXIGA TAB 10MG	DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3		X		
FARXIGA TAB 5MG	DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3		X		
GLIMEPIRIDE TAB 1MG	GLIMEPIRIDE TAB 1 MG	Nivel 2		X		
GLIMEPIRIDE TAB 2MG	GLIMEPIRIDE TAB 2 MG	Nivel 2		X		
GLIMEPIRIDE TAB 4MG	GLIMEPIRIDE TAB 4 MG	Nivel 2		X		
GLIP/METFORM TAB 2.5-250M	GLIPIZIDE-METFORMIN HCL TAB 2.5- 250 MG	Nivel 2		X		
GLIP/METFORM TAB 2.5-500M	GLIPIZIDE-METFORMIN HCL TAB 2.5- 500 MG	Nivel 2		X		
GLIP/METFORM TAB 5-500MG	GLIPIZIDE-METFORMIN HCL TAB 5-500 MG	Nivel 2		X		
GLIPIZIDE TAB 10MG	GLIPIZIDE TAB 10 MG	Nivel 2		X		
GLIPIZIDE TAB 5MG	GLIPIZIDE TAB 5 MG	Nivel 2		X		
GLIPIZIDE ER TAB 10MG	GLIPIZIDE TAB ER 24HR 10 MG	Nivel 2		X		
GLIPIZIDE ER TAB 2.5MG	GLIPIZIDE TAB ER 24HR 2.5 MG	Nivel 2		X		
GLIPIZIDE ER TAB 5MG	GLIPIZIDE TAB ER 24HR 5 MG	Nivel 2		X		
GLUCAGON KIT 1MG	GLUCAGON (RDNA) FOR INJ KIT 1 MG	Nivel 2		X		\$0 de Copago
GLUCAGON EMR SOL 1MG	GLUCAGON HCL FOR INJ 1 MG	Nivel 2		X		\$0 de Copago
GLYB/METFORM TAB 1.25-250	GLYBURIDE-METFORMIN TAB 1.25- 250 MG	Nivel 2		X		
GLYB/METFORM TAB 2.5-500	GLYBURIDE-METFORMIN TAB 2.5-500 MG	Nivel 2		X		
GLYB/METFORM TAB 5-500MG	GLYBURIDE-METFORMIN TAB 5-500 MG	Nivel 2		X		
GLYBURID MCR TAB 1.5MG	GLYBURIDE MICRONIZED TAB 1.5 MG	Nivel 2		X		
GLYBURID MCR TAB 3MG	GLYBURIDE MICRONIZED TAB 3 MG	Nivel 2		X		
GLYBURID MCR TAB 6MG	GLYBURIDE MICRONIZED TAB 6 MG	Nivel 2		X		
GLYBURIDE TAB 1.25MG	GLYBURIDE TAB 1.25 MG	Nivel 2		X		
GLYBURIDE TAB 2.5MG	GLYBURIDE TAB 2.5 MG	Nivel 2		X		
GLYBURIDE TAB 5MG	GLYBURIDE TAB 5 MG	Nivel 2		X		
GVOKE HYPO 1 INJ .5/ .1ML	GLUCAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML	Nivel 2		X		\$0 de Copago
GVOKE HYPO 1 INJ 1MG/ .2ML	GLUCAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2ML	Nivel 2		X		\$0 de Copago
GVOKE KIT SOL 1MG/0.2M	GLUCAGON SUBCUTANEOUS SOLN 1 MG/0.2ML	Nivel 2		X		\$0 de Copago
GVOKE PFS INJ	GLUCAGON SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYRINGE 0.5 MG/0.1ML	Nivel 2		X		\$0 de Copago
GVOKE PFS INJ	GLUCAGON SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYRINGE 1 MG/0.2ML	Nivel 2		X		\$0 de Copago
HUMALOG INJ 100/ML	INSULIN LISPRO INJ SOLN 100 UNIT/ ML	Nivel 3		X		
HUMALOG INJ 100/ML	INSULIN LISPRO SOLN CARTRIDGE 100 UNIT/ML	Nivel 3		X		

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
HUMALOG JR INJ 100/ML	INSULIN LISPRO SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (0.5 UNIT DIAL)	Nivel 3		X		
HUMALOG KWIK INJ 100/ML	INSULIN LISPRO SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (1 UNIT DIAL)	Nivel 3		X		
HUMALOG KWIK INJ 200/ML	INSULIN LISPRO SOLN PEN-INJECTOR 200 UNIT/ML	Nivel 3		X		
HUMALOG MIX INJ 50/50	INSULIN LISPRO PROTAMINE & LISPRO INJ 100 UNIT/ML (50-50)	Nivel 3		X		
HUMALOG MIX INJ 50/50KWP	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUS PEN-INJ 100 UNIT/ML (50-50)	Nivel 3		X		
HUMALOG MIX INJ 75/25KWP	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUS PEN-INJ 100 UNIT/ML (75-25)	Nivel 3		X		
HUMALOG MIX SUS 75/25	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO INJ 100 UNIT/ML (75-25)	Nivel 3		X		
HUMULIN INJ 70/30	INSULIN NPH ISOPHANE & REGULAR HUMAN INJ 100 UNIT/ML (70-30)	Nivel 3		X		
HUMULIN INJ 70/30KWP	INSULIN NPH & REGULAR SUSP PEN-INJ 100 UNIT/ML (70-30)	Nivel 3		X		
HUMULIN N INJ U-100	INSULIN NPH (HUMAN) (ISOPHANE) INJ 100 UNIT/ML	Nivel 3		X		
HUMULIN N INJ U-100KWP	INSULIN NPH (HUMAN) (ISOPHANE) SUSP PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	Nivel 3		X		
HUMULIN R INJ U-100	INSULIN REGULAR (HUMAN) INJ 100 UNIT/ML	Nivel 3		X		
HUMULIN R INJ U-500	INSULIN REGULAR (HUMAN) INJ 500 UNIT/ML	Nivel 3		X		
HUMULIN R INJ U-500	INSULIN REGULAR (HUMAN) SOLN PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	Nivel 3		X		
INS DEGL FLX INJ 100UNIT	INSULIN DEGLUDEC SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	Nivel 3		X		
INS DEGL FLX INJ 200UNIT	INSULIN DEGLUDEC SOLN PEN-INJECTOR 200 UNIT/ML	Nivel 3		X		
INSULIN ASPA INJ 70/30	INSULIN ASPART PROT & ASPART (HUMAN) INJ 100 UNIT/ML (70-30)	Nivel 3		X		
INSULIN DEGL INJ 100UNIT	INSULIN DEGLUDEC INJ 100 UNIT/ML	Nivel 3		X		
INSULIN LISP INJ 100/ML	INSULIN LISPRO INJ SOLN 100 UNIT/ML	Nivel 3		X		
INSULIN LISP INJ 100/ML	INSULIN LISPRO SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (1 UNIT DIAL)	Nivel 3		X		
INSULIN LISP INJ JUNIOR	INSULIN LISPRO SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (0.5 UNIT DIAL)	Nivel 3		X		
INSULIN LISP INJ PROTAMIN	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUS PEN-INJ 100 UNIT/ML (75-25)	Nivel 3		X		
JARDIANCE TAB 10MG	EMPAGLIFLOZIN TAB 10 MG	Nivel 3		X		
JARDIANCE TAB 25MG	EMPAGLIFLOZIN TAB 25 MG	Nivel 3		X		
JENTADUETO TAB 2.5-1000	LINAGLIPTIN-METFORMIN HCL TAB 2.5-1000 MG	Nivel 3		X		
JENTADUETO TAB 2.5-500	LINAGLIPTIN-METFORMIN HCL TAB 2.5-500 MG	Nivel 3		X		
JENTADUETO TAB 2.5-850	LINAGLIPTIN-METFORMIN HCL TAB 2.5-850 MG	Nivel 3		X		
JENTADUETO TAB XR	LINAGLIPTIN-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 2.5-1000 MG	Nivel 3		X		
JENTADUETO TAB XR	LINAGLIPTIN-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 5-1000 MG	Nivel 3		X		
LEVEMIR INJ	INSULIN DETEMIR INJ 100 UNIT/ML	Nivel 3		X		
LEVEMIR INJ FLEXPEN	INSULIN DETEMIR SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	Nivel 3		X		

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
LEVEMIR INJ FLEXTUOC	INSULIN DETEMIR SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	Nivel 3		X		
METFORMIN SOL 500/5ML	METFORMIN HCL ORAL SOLN 500 MG/5ML	Nivel 3		X		
METFORMIN TAB 1000MG	METFORMIN HCL TAB 1000 MG	Nivel 2		X		
METFORMIN TAB 500MG	METFORMIN HCL TAB 500 MG	Nivel 2		X		
METFORMIN TAB 500MG ER	METFORMIN HCL TAB ER 24HR 500 MG	Nivel 2		X		
METFORMIN TAB 750MG ER	METFORMIN HCL TAB ER 24HR 750 MG	Nivel 2		X		
METFORMIN TAB 850MG	METFORMIN HCL TAB 850 MG	Nivel 2		X		
MIGLITOL TAB 100MG	MIGLITOL TAB 100 MG	Nivel 3		X		
MIGLITOL TAB 25MG	MIGLITOL TAB 25 MG	Nivel 3		X		
MIGLITOL TAB 50MG	MIGLITOL TAB 50 MG	Nivel 3		X		
MOUNJARO INJ 10MG/0.5	TIRZEPATIDE SOLN PEN-INJECTOR 10 MG/0.5ML	Nivel 3	X	X		
MOUNJARO INJ 12.5/0.5	TIRZEPATIDE SOLN PEN-INJECTOR 12.5 MG/0.5ML	Nivel 3	X	X		
MOUNJARO INJ 15MG/0.5	TIRZEPATIDE SOLN PEN-INJECTOR 15 MG/0.5ML	Nivel 3	X	X		
MOUNJARO INJ 2.5/0.5	TIRZEPATIDE SOLN PEN-INJECTOR 2.5 MG/0.5ML	Nivel 3	X	X		
MOUNJARO INJ 5MG/0.5	TIRZEPATIDE SOLN PEN-INJECTOR 5 MG/0.5ML	Nivel 3	X	X		
MOUNJARO INJ 7.5/0.5	TIRZEPATIDE SOLN PEN-INJECTOR 7.5 MG/0.5ML	Nivel 3	X	X		
NATEGLINIDE TAB 120MG	NATEGLINIDE TAB 120 MG	Nivel 3		X		
NATEGLINIDE TAB 60MG	NATEGLINIDE TAB 60 MG	Nivel 3		X		
OZEMPIC INJ 2/1.5ML	SEMAGLUTIDE SOLN PEN-INJ 0.25 OR 0.5 MG/DOSE (2 MG/1.5ML)	Nivel 3	X	X		
OZEMPIC INJ 2/1.5ML	SEMAGLUTIDE SOLN PEN-INJ 1 MG/DOSE (2 MG/1.5ML)	Nivel 3	X	X		
OZEMPIC INJ 2MG/3ML	SEMAGLUTIDE SOLN PEN-INJ 0.25 OR 0.5 MG/DOSE (2 MG/3ML)	Nivel 3	X	X		
OZEMPIC INJ 4MG/3ML	SEMAGLUTIDE SOLN PEN-INJ 1 MG/DOSE (4 MG/3ML)	Nivel 3	X	X		
OZEMPIC INJ 8MG/3ML	SEMAGLUTIDE SOLN PEN-INJ 2 MG/DOSE (8 MG/3ML)	Nivel 3	X	X		
PIOGLIT/GLIM TAB 30-2MG	PIOGLITAZONE HCL-GLIMEPIRIDE TAB 30-2 MG	Nivel 3		X		
PIOGLIT/GLIM TAB 30-4MG	PIOGLITAZONE HCL-GLIMEPIRIDE TAB 30-4 MG	Nivel 3		X		
PIOGLITA/MET TAB 15-500MG	PIOGLITAZONE HCL-METFORMIN HCL TAB 15-500 MG	Nivel 3		X		
PIOGLITA/MET TAB 15-850MG	PIOGLITAZONE HCL-METFORMIN HCL TAB 15-850 MG	Nivel 3		X		
PIOGLITAZONE TAB 15MG	PIOGLITAZONE HCL TAB 15 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
PIOGLITAZONE TAB 30MG	PIOGLITAZONE HCL TAB 30 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
PIOGLITAZONE TAB 45MG	PIOGLITAZONE HCL TAB 45 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
REPAGLINIDE TAB 0.5MG	REPAGLINIDE TAB 0.5 MG	Nivel 2		X		
REPAGLINIDE TAB 1MG	REPAGLINIDE TAB 1 MG	Nivel 2		X		
REPAGLINIDE TAB 2MG	REPAGLINIDE TAB 2 MG	Nivel 2		X		
RYBELSUS TAB 14MG	SEMAGLUTIDE TAB 14 MG	Nivel 3	X	X		
RYBELSUS TAB 3MG	SEMAGLUTIDE TAB 3 MG	Nivel 3	X	X		
RYBELSUS TAB 7MG	SEMAGLUTIDE TAB 7 MG	Nivel 3	X	X		

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
SOLQUA INJ 100/33	INSULIN GLARGINE-LIXISENATIDE SOL PEN-INJ 100-33 UNIT-MCG/ML	Nivel 3		X		
SYNJARDY TAB	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB 12.5-1000 MG	Nivel 3		X		
SYNJARDY TAB 12.5-500	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB 12.5-500 MG	Nivel 3		X		
SYNJARDY TAB 5-1000MG	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB 5-1000 MG	Nivel 3		X		
SYNJARDY TAB 5-500MG	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB 5-500 MG	Nivel 3		X		
SYNJARDY XR TAB	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 12.5-1000 MG	Nivel 3		X		
SYNJARDY XR TAB 10-1000	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 10-1000 MG	Nivel 3		X		
SYNJARDY XR TAB 25-1000	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 25-1000 MG	Nivel 3		X		
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 5-1000 MG	Nivel 3		X		
TOLBUTAMIDE TAB 500MG	TOLBUTAMIDE TAB 500 MG	Nivel 2		X		
TRADJENTA TAB 5MG	LINAGLIPTIN TAB 5 MG	Nivel 3		X		
TRESIBA INJ 100UNIT	INSULIN DEGLUDEC INJ 100 UNIT/ML	Nivel 3		X		
TRESIBA FLEX INJ 100UNIT	INSULIN DEGLUDEC SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	Nivel 3		X		
TRESIBA FLEX INJ 200UNIT	INSULIN DEGLUDEC SOLN PEN-INJECTOR 200 UNIT/ML	Nivel 3		X		
TRULICITY INJ 0.75/0.5	DULAGLUTIDE SOLN PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML	Nivel 3	X	X		
TRULICITY INJ 1.5/0.5	DULAGLUTIDE SOLN PEN-INJECTOR 1.5 MG/0.5ML	Nivel 3	X	X		
TRULICITY INJ 3/0.5	DULAGLUTIDE SOLN PEN-INJECTOR 3 MG/0.5ML	Nivel 3	X	X		
TRULICITY INJ 4.5/0.5	DULAGLUTIDE SOLN PEN-INJECTOR 4.5 MG/0.5ML	Nivel 3	X	X		
VICTOZA INJ 18MG/3ML	LIRAGLUTIDE SOLN PEN-INJECTOR 18 MG/3ML (6 MG/ML)	Nivel 3	X	X		
XIGDUO XR TAB 10-1000	DAPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 10-1000 MG	Nivel 3		X		
XIGDUO XR TAB 10-500MG	DAPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 10-500 MG	Nivel 3		X		
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	DAPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 2.5-1000 MG	Nivel 3		X		
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	DAPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 5-1000 MG	Nivel 3		X		
XIGDUO XR TAB 5-500MG	DAPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 5-500 MG	Nivel 3		X		
ZEGALOGUE INJ 0.6/0.6	DASIGLUCAGON HCL SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJ 0.6 MG/0.6ML	Nivel 2		X		\$0 de Copago
ZEGALOGUE INJ 0.6/0.6	DASIGLUCAGON HCL SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYRINGE 0.6 MG/0.6ML	Nivel 2		X		\$0 de Copago
Hemoderivados, modificadores/expansores del volumen de la sangre						
AMINOCAPR AC TAB 1000MG	AMINOCAPROIC ACID TAB 1000 MG	Nivel 3				
AMINOCAPR AC TAB 500MG	AMINOCAPROIC ACID TAB 500 MG	Nivel 3				
AMINOCAPROIC SOL 0.25/ML	AMINOCAPROIC ACID ORAL SOLN 0.25 GM/ML	Nivel 3				
ANAGRELIDE CAP 0.5MG	ANAGRELIDE HCL CAP 0.5 MG	Nivel 3				
ANAGRELIDE CAP 1MG	ANAGRELIDE HCL CAP 1 MG	Nivel 3				

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
ARANESP INJ 100MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN INJ 100 MCG/ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 100MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED SYRINGE 100 MCG/0.5ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 10MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.4ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 150MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED SYRINGE 150 MCG/0.3ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 200MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN INJ 200 MCG/ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 200MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED SYRINGE 200 MCG/0.4ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 25MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN INJ 25 MCG/ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 25MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.42ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 300MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.6ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 40MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN INJ 40 MCG/ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 40MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.4ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 500MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 60MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN INJ 60 MCG/ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 60MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED SYRINGE 60 MCG/0.3ML	Nivel 4		X		
ASA/DIPYRIDA CAP 25-200MG	ASPIRIN-DIPYRIDAMOLE CAP ER 12HR 25-200 MG	Nivel 3		X		
ASA/OMEPRAZO TAB 81-40MG	ASPIRIN-OMEPRAZOLE TAB DELAYED RELEASE 81-40 MG	Nivel 3		X		
ASP/OMEPRAZO TAB 325-40MG	ASPIRIN-OMEPRAZOLE TAB DELAYED RELEASE 325-40 MG	Nivel 3		X		
BRILINTA TAB 60MG	TICAGRELOR TAB 60 MG	Nivel 5		X		
BRILINTA TAB 90MG	TICAGRELOR TAB 90 MG	Nivel 5		X		
CILOSTAZOL TAB 100MG	CILOSTAZOL TAB 100 MG	Nivel 2				
CILOSTAZOL TAB 50MG	CILOSTAZOL TAB 50 MG	Nivel 2				
CLOPIDOGREL TAB 300MG	CLOPIDOGREL BISULFATE TAB 300 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
CLOPIDOGREL TAB 75MG	CLOPIDOGREL BISULFATE TAB 75 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
DIPYRIDAMOLE TAB 25MG	DIPYRIDAMOLE TAB 25 MG	Nivel 2				
DIPYRIDAMOLE TAB 50MG	DIPYRIDAMOLE TAB 50 MG	Nivel 2				
DIPYRIDAMOLE TAB 75MG	DIPYRIDAMOLE TAB 75 MG	Nivel 2				
ELIQUIS TAB 2.5MG	APIXABAN TAB 2.5 MG	Nivel 3		X		
ELIQUIS TAB 5MG	APIXABAN TAB 5 MG	Nivel 3		X		
ELIQUIS ST P TAB 5MG	APIXABAN TAB STARTER PACK 5 MG	Nivel 3		X		
ENOXAPARIN INJ 100MG/ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 100 MG/ML	Nivel 3		X		
ENOXAPARIN INJ 120/0.8	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 120 MG/0.8ML	Nivel 3		X		
ENOXAPARIN INJ 150MG/ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 150 MG/ML	Nivel 3		X		
ENOXAPARIN INJ 30/0.3ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 30 MG/0.3ML	Nivel 3		X		
ENOXAPARIN INJ 300/3ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ 300 MG/3ML	Nivel 3		X		

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
ENOXAPARIN INJ 40/0.4ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 40 MG/0.4ML	Nivel 3		X		
ENOXAPARIN INJ 60/0.6ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 60 MG/0.6ML	Nivel 3		X		
ENOXAPARIN INJ 80/0.8ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 80 MG/0.8ML	Nivel 3		X		
ENOXAPARIN INJ 80MG/0.8	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 80 MG/0.8ML	Nivel 3		X		
FONDAPARINUX INJ 10/0.8ML	FONDAPARINUX SODIUM SUBCUTANEOUS INJ 10 MG/0.8ML	Nivel 3		X		
FONDAPARINUX INJ 2.5/0.5	FONDAPARINUX SODIUM SUBCUTANEOUS INJ 2.5 MG/0.5ML	Nivel 3		X		
FONDAPARINUX INJ 5/0.4ML	FONDAPARINUX SODIUM SUBCUTANEOUS INJ 5 MG/0.4ML	Nivel 3		X		
FONDAPARINUX INJ 7.5/0.6	FONDAPARINUX SODIUM SUBCUTANEOUS INJ 7.5 MG/0.6ML	Nivel 3		X		
HEPARIN SOD INJ 1000/ML	HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJ 1000 UNIT/ML	Nivel 2				
HEPARIN SOD INJ 10000/ML	HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJ 10000 UNIT/ML	Nivel 2				
HEPARIN SOD INJ 20000/ML	HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJ 20000 UNIT/ML	Nivel 2				
HEPARIN SOD INJ 5000/0.5	HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJ SOLN PREF SYR 5000 UNIT/0.5ML	Nivel 2				
HEPARIN SOD INJ 5000/0.5	HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF INJ 5000 UNIT/0.5ML	Nivel 2				
HEPARIN SOD INJ 5000/ML	HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJ 5000 UNIT/ML	Nivel 2				
HEPARIN SOD INJ 5000/ML	HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF INJ 5000 UNIT/ML	Nivel 2				
JANTOVEN TAB 10MG	WARFARIN SODIUM TAB 10 MG	Nivel 2				
JANTOVEN TAB 1MG	WARFARIN SODIUM TAB 1 MG	Nivel 2				
JANTOVEN TAB 2.5MG	WARFARIN SODIUM TAB 2.5 MG	Nivel 2				
JANTOVEN TAB 2MG	WARFARIN SODIUM TAB 2 MG	Nivel 2				
JANTOVEN TAB 3MG	WARFARIN SODIUM TAB 3 MG	Nivel 2				
JANTOVEN TAB 4MG	WARFARIN SODIUM TAB 4 MG	Nivel 2				
JANTOVEN TAB 5MG	WARFARIN SODIUM TAB 5 MG	Nivel 2				
JANTOVEN TAB 6MG	WARFARIN SODIUM TAB 6 MG	Nivel 2				
JANTOVEN TAB 7.5MG	WARFARIN SODIUM TAB 7.5 MG	Nivel 2				
LEUKINE INJ 250MCG	SARGRAMOSTIM LYOPHILIZED FOR INJ 250 MCG	Nivel 6				
NEULASTA INJ 6MG/0.6M	PEGFILGRASTIM SOLN PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	Nivel 4				
NEULASTA KIT 6MG/0.6M	PEGFILGRASTIM SOLN PREFILLED SYRINGE KIT 6 MG/0.6ML	Nivel 4				
PRASUGREL TAB 10MG	PRASUGREL HCL TAB 10 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
PRASUGREL TAB 5MG	PRASUGREL HCL TAB 5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
PROMACTA PAK 25MG	ELTROMBOPAG OLAMINE POWDER PACK FOR SUSP 25 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
PROMACTA POW 12.5MG	ELTROMBOPAG OLAMINE POWDER PACK FOR SUSP 12.5 MG (BASE EQ)	Nivel 6	X	X		
PROMACTA TAB 12.5MG	ELTROMBOPAG OLAMINE TAB 12.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
PROMACTA TAB 25MG	ELTROMBOPAG OLAMINE TAB 25 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
PROMACTA TAB 50MG	ELTROMBOPAG OLAMINE TAB 50 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		

REFERENCIA: **H**: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
PROMACTA TAB 75MG	ELTROMBOPAG OLAMINE TAB 75 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
RECOTHROM SOL 20000UNT	THROMBIN (RECOMBINANT) FOR SOLN 20000 UNIT	Nivel 5				
RECOTHROM SOL 5000UNIT	THROMBIN (RECOMBINANT) FOR SOLN 5000 UNIT	Nivel 5				
RETACRIT INJ 10000UNT	EPOETIN ALFA-EPBX INJ 10000 UNIT/ML	Nivel 4		X		
RETACRIT INJ 20000UNI	EPOETIN ALFA-EPBX INJ 20000 UNIT/ML	Nivel 4		X		
RETACRIT INJ 2000UNIT	EPOETIN ALFA-EPBX INJ 2000 UNIT/ML	Nivel 4		X		
RETACRIT INJ 3000UNIT	EPOETIN ALFA-EPBX INJ 3000 UNIT/ML	Nivel 4		X		
RETACRIT INJ 40000UNT	EPOETIN ALFA-EPBX INJ 40000 UNIT/ML	Nivel 4		X		
RETACRIT INJ 4000UNIT	EPOETIN ALFA-EPBX INJ 4000 UNIT/ML	Nivel 4		X		
THROMBIN KIT 5000UNIT	THROMBIN FOR SOLN KIT 5000 UNIT	Nivel 5				
THROMBIN-JMI KIT 20000UNT	THROMBIN FOR SOLN KIT 20000 UNIT	Nivel 5				
THROMBIN-JMI KIT 5000UNIT	THROMBIN FOR SOLN KIT 5000 UNIT	Nivel 5				
THROMBIN-JMI SOL 20000UNT	THROMBIN FOR SOLN 20000 UNIT	Nivel 5				
THROMBIN-JMI SOL 5000UNIT	THROMBIN FOR SOLN 5000 UNIT	Nivel 5				
TRANEX ACID TAB 650MG	TRANEXAMIC ACID TAB 650 MG	Nivel 3		X		
WARFARIN TAB 10MG	WARFARIN SODIUM TAB 10 MG	Nivel 2				
WARFARIN TAB 1MG	WARFARIN SODIUM TAB 1 MG	Nivel 2				
WARFARIN TAB 2.5MG	WARFARIN SODIUM TAB 2.5 MG	Nivel 2				
WARFARIN TAB 2MG	WARFARIN SODIUM TAB 2 MG	Nivel 2				
WARFARIN TAB 3MG	WARFARIN SODIUM TAB 3 MG	Nivel 2				
WARFARIN TAB 4MG	WARFARIN SODIUM TAB 4 MG	Nivel 2				
WARFARIN TAB 5MG	WARFARIN SODIUM TAB 5 MG	Nivel 2				
WARFARIN TAB 6MG	WARFARIN SODIUM TAB 6 MG	Nivel 2				
WARFARIN TAB 7.5MG	WARFARIN SODIUM TAB 7.5 MG	Nivel 2				
XARELTO SUS 1MG/ML	RIVAROXABAN FOR SUSP 1 MG/ML	Nivel 3		X		
XARELTO TAB 10MG	RIVAROXABAN TAB 10 MG	Nivel 3		X		
XARELTO TAB 15MG	RIVAROXABAN TAB 15 MG	Nivel 3		X		
XARELTO TAB 2.5MG	RIVAROXABAN TAB 2.5 MG	Nivel 3		X		
XARELTO TAB 20MG	RIVAROXABAN TAB 20 MG	Nivel 3		X		
XARELTO STAR TAB 15/20MG	RIVAROXABAN TAB STARTER THERAPY PACK 15 MG & 20 MG	Nivel 3		X		
YOSPRALA TAB 325-40MG	ASPIRIN-OMEPRAZOLE TAB DELAYED RELEASE 325-40 MG	Nivel 3		X		
YOSPRALA TAB 81-40MG	ASPIRIN-OMEPRAZOLE TAB DELAYED RELEASE 81-40 MG	Nivel 3		X		
ZARXIO INJ 300/0.5	FILGRASTIM-SNDZ SOLN PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML	Nivel 4				
ZARXIO INJ 480/0.8	FILGRASTIM-SNDZ SOLN PREFILLED SYRINGE 480 MCG/0.8ML	Nivel 4				
Agentes cardiovasculares						
ACEBUTOLOL CAP 200MG	ACEBUTOLOL HCL CAP 200 MG	Nivel 2				
ACEBUTOLOL CAP 400MG	ACEBUTOLOL HCL CAP 400 MG	Nivel 2				
ACETAZOLAMID CAP 500MG ER	ACETAZOLAMIDE CAP ER 12HR 500 MG	Nivel 3				
ACETAZOLAMID TAB 125MG	ACETAZOLAMIDE TAB 125 MG	Nivel 3				
ACETAZOLAMID TAB 250MG	ACETAZOLAMIDE TAB 250 MG	Nivel 3				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
AMILOR/HCTZ TAB 5-50	AMILORIDE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 5-50 MG	Nivel 2				
AMILORIDE TAB 5MG	AMILORIDE HCL TAB 5 MG	Nivel 2				
AMIODARONE TAB 100MG	AMIODARONE HCL TAB 100 MG	Nivel 2				
AMIODARONE TAB 200MG	AMIODARONE HCL TAB 200 MG	Nivel 2				
AMIODARONE TAB 400MG	AMIODARONE HCL TAB 400 MG	Nivel 2				
AMLOD/BENAZP CAP 10-20MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL HCL CAP 10-20 MG	Nivel 2		X		
AMLOD/BENAZP CAP 10-40MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL HCL CAP 10-40 MG	Nivel 2		X		
AMLOD/BENAZP CAP 2.5-10MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL HCL CAP 2.5-10 MG	Nivel 2		X		
AMLOD/BENAZP CAP 5-10MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL HCL CAP 5-10 MG	Nivel 2		X		
AMLOD/BENAZP CAP 5-20MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL HCL CAP 5-20 MG	Nivel 2		X		
AMLOD/BENAZP CAP 5-40MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL HCL CAP 5-40 MG	Nivel 2		X		
AMLOD/VALSAR TAB 10-160MG	AMLODIPINE BESYLATE-VALSARTAN TAB 10-160 MG	Nivel 2		X		
AMLOD/VALSAR TAB 10-320MG	AMLODIPINE BESYLATE-VALSARTAN TAB 10-320 MG	Nivel 2		X		
AMLOD/VALSAR TAB 5-160MG	AMLODIPINE BESYLATE-VALSARTAN TAB 5-160 MG	Nivel 2		X		
AMLOD/VALSAR TAB 5-320MG	AMLODIPINE BESYLATE-VALSARTAN TAB 5-320 MG	Nivel 2		X		
AMLODIPINE TAB 10MG	AMLODIPINE BESYLATE TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
AMLODIPINE TAB 2.5MG	AMLODIPINE BESYLATE TAB 2.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
AMLODIPINE TAB 5MG	AMLODIPINE BESYLATE TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
ATENOL/CHLOR TAB 100-25MG	ATENOLOL & CHLORTHALIDONE TAB 100-25 MG	Nivel 2				
ATENOL/CHLOR TAB 50-25MG	ATENOLOL & CHLORTHALIDONE TAB 50-25 MG	Nivel 2				
ATENOLOL TAB 100MG	ATENOLOL TAB 100 MG	Nivel 2				
ATENOLOL TAB 25MG	ATENOLOL TAB 25 MG	Nivel 2				
ATENOLOL TAB 50MG	ATENOLOL TAB 50 MG	Nivel 2				
ATORVASTATIN TAB 10MG	ATORVASTATIN CALCIUM TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		H-A
ATORVASTATIN TAB 20MG	ATORVASTATIN CALCIUM TAB 20 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		H-A
ATORVASTATIN TAB 40MG	ATORVASTATIN CALCIUM TAB 40 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
ATORVASTATIN TAB 80MG	ATORVASTATIN CALCIUM TAB 80 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
BENAZEP/HCTZ TAB 10-12.5	BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 10-12.5 MG	Nivel 2		X		
BENAZEP/HCTZ TAB 20-12.5	BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-12.5 MG	Nivel 2		X		
BENAZEP/HCTZ TAB 20-25MG	BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-25 MG	Nivel 2		X		
BENAZEP/HCTZ TAB 5-6.25	BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 5-6.25 MG	Nivel 2		X		

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
BENAZEP/HCTZ TAB 5-6.25MG	BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 5-6.25 MG	Nivel 2		X		
BENAZEPRIL TAB 10MG	BENAZEPRIL HCL TAB 10 MG	Nivel 2		X		
BENAZEPRIL TAB 20MG	BENAZEPRIL HCL TAB 20 MG	Nivel 2		X		
BENAZEPRIL TAB 40MG	BENAZEPRIL HCL TAB 40 MG	Nivel 2		X		
BENAZEPRIL TAB 5MG	BENAZEPRIL HCL TAB 5 MG	Nivel 2		X		
BETAXOLOL TAB 10MG	BETAXOLOL HCL TAB 10 MG	Nivel 2				
BETAXOLOL TAB 20MG	BETAXOLOL HCL TAB 20 MG	Nivel 2				
BISOPRL/HCTZ TAB 10/6.25	BISOPROLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 10-6.25 MG	Nivel 2		X		
BISOPRL/HCTZ TAB 2.5/6.25	BISOPROLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 2.5-6.25 MG	Nivel 2		X		
BISOPRL/HCTZ TAB 5-6.25MG	BISOPROLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 5-6.25 MG	Nivel 2		X		
BISOPROL FUM TAB 10MG	BISOPROLOL FUMARATE TAB 10 MG	Nivel 2				
BISOPROL FUM TAB 5MG	BISOPROLOL FUMARATE TAB 5 MG	Nivel 2				
BUMETANIDE TAB 0.5MG	BUMETANIDE TAB 0.5 MG	Nivel 2				
BUMETANIDE TAB 1MG	BUMETANIDE TAB 1 MG	Nivel 2				
BUMETANIDE TAB 2MG	BUMETANIDE TAB 2 MG	Nivel 2				
CANDESA/HCTZ TAB 16-12.5	CANDESARTAN CILEXETIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 16-12.5 MG	Nivel 3		X		
CANDESA/HCTZ TAB 32-12.5	CANDESARTAN CILEXETIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 32-12.5 MG	Nivel 3		X		
CANDESA/HCTZ TAB 32-25MG	CANDESARTAN CILEXETIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 32-25 MG	Nivel 3		X		
CANDESARTAN TAB 16MG	CANDESARTAN CILEXETIL TAB 16 MG	Nivel 2		X		
CANDESARTAN TAB 32MG	CANDESARTAN CILEXETIL TAB 32 MG	Nivel 2		X		
CANDESARTAN TAB 4MG	CANDESARTAN CILEXETIL TAB 4 MG	Nivel 2		X		
CANDESARTAN TAB 8MG	CANDESARTAN CILEXETIL TAB 8 MG	Nivel 2		X		
CAPTOPR/HCTZ TAB 25-15MG	CAPTOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 25-15 MG	Nivel 3		X		
CAPTOPR/HCTZ TAB 25-25MG	CAPTOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 25-25 MG	Nivel 3		X		
CAPTOPR/HCTZ TAB 50-15MG	CAPTOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 50-15 MG	Nivel 3		X		
CAPTOPR/HCTZ TAB 50-25MG	CAPTOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 50-25 MG	Nivel 3		X		
CAPTOPRIL TAB 100MG	CAPTOPRIL TAB 100 MG	Nivel 2		X		
CAPTOPRIL TAB 12.5MG	CAPTOPRIL TAB 12.5 MG	Nivel 2		X		
CAPTOPRIL TAB 25MG	CAPTOPRIL TAB 25 MG	Nivel 2		X		
CAPTOPRIL TAB 50MG	CAPTOPRIL TAB 50 MG	Nivel 2		X		
CARTIA XT CAP 120/24HR	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER 24HR 120 MG	Nivel 2				
CARTIA XT CAP 180/24HR	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER 24HR 180 MG	Nivel 2				
CARTIA XT CAP 240/24HR	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER 24HR 240 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
CARTIA XT CAP 300/24HR	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER 24HR 300 MG	Nivel 2				
CARVEDILOL TAB 12.5MG	CARVEDILOL TAB 12.5 MG	Nivel 2				
CARVEDILOL TAB 25MG	CARVEDILOL TAB 25 MG	Nivel 2				
CARVEDILOL TAB 3.125MG	CARVEDILOL TAB 3.125 MG	Nivel 2				
CARVEDILOL TAB 6.25MG	CARVEDILOL TAB 6.25 MG	Nivel 2				
CHLORTHALID TAB 25MG	CHLORTHALIDONE TAB 25 MG	Nivel 2				
CHLORTHALID TAB 50MG	CHLORTHALIDONE TAB 50 MG	Nivel 2				
CHOLESTYRAM POW 4GM	CHOLESTYRAMINE POWDER 4 GM/DOSE	Nivel 3				
CHOLESTYRAM POW 4GM	CHOLESTYRAMINE POWDER PACKETS 4 GM	Nivel 3				
CHOLESTYRAM POW 4GM LITE	CHOLESTYRAMINE LIGHT POWDER 4 GM/DOSE	Nivel 3				
CHOLESTYRAM POW 4GM LITE	CHOLESTYRAMINE LIGHT POWDER PACKETS 4 GM	Nivel 3				
CLONIDINE DIS 0.1/24HR	CLONIDINE TD PATCH WEEKLY 0.1 MG/24HR	Nivel 3				
CLONIDINE DIS 0.2/24HR	CLONIDINE TD PATCH WEEKLY 0.2 MG/24HR	Nivel 3				
CLONIDINE DIS 0.3/24HR	CLONIDINE TD PATCH WEEKLY 0.3 MG/24HR	Nivel 3				
CLONIDINE TAB 0.1MG	CLONIDINE HCL TAB 0.1 MG	Nivel 2				
CLONIDINE TAB 0.2MG	CLONIDINE HCL TAB 0.2 MG	Nivel 2				
CLONIDINE TAB 0.3MG	CLONIDINE HCL TAB 0.3 MG	Nivel 2				
COLESEVELAM PAK 3.75GM	COLESEVELAM HCL PACKET FOR SUSP 3.75 GM	Nivel 3				
COLESEVELAM TAB 625MG	COLESEVELAM HCL TAB 625 MG	Nivel 3				
COLESTIPOL GRA 5GM	COLESTIPOL HCL GRANULE PACKETS 5 GM	Nivel 3				
COLESTIPOL GRA 5GM	COLESTIPOL HCL GRANULES 5 GM	Nivel 3				
COLESTIPOL TAB 1GM	COLESTIPOL HCL TAB 1 GM	Nivel 2				
CONSENSI TAB 10-200MG	AMLODIPINE BESYLATE-CELECOXIB TAB 10-200 MG	Nivel 5	X	X		
CONSENSI TAB 2.5-200	AMLODIPINE BESYLATE-CELECOXIB TAB 2.5-200 MG	Nivel 5	X	X		
CONSENSI TAB 5-200MG	AMLODIPINE BESYLATE-CELECOXIB TAB 5-200 MG	Nivel 5	X	X		
CORLANOR SOL 5MG/5ML	IVABRADINE HCL ORAL SOLN 5 MG/5ML (BASE EQUIV)	Nivel 5	X	X		
CORLANOR TAB 5MG	IVABRADINE HCL TAB 5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 5	X	X		
CORLANOR TAB 7.5MG	IVABRADINE HCL TAB 7.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 5	X	X		
DIGITEK TAB 0.125MG	DIGOXIN TAB 125 MCG (0.125 MG)	Nivel 2				
DIGITEK TAB 0.25MG	DIGOXIN TAB 250 MCG (0.25 MG)	Nivel 2				
DIGOX TAB 0.125MG	DIGOXIN TAB 125 MCG (0.125 MG)	Nivel 2				
DIGOX TAB 0.25MG	DIGOXIN TAB 250 MCG (0.25 MG)	Nivel 2				
DIGOXIN SOL 50MCG/ML	DIGOXIN ORAL SOLN 0.05 MG/ML	Nivel 3				
DIGOXIN TAB 0.0625MG	DIGOXIN TAB 62.5 MCG (0.0625 MG)	Nivel 3				
DIGOXIN TAB 0.125MG	DIGOXIN TAB 125 MCG (0.125 MG)	Nivel 2				
DIGOXIN TAB 0.25MG	DIGOXIN TAB 250 MCG (0.25 MG)	Nivel 2				
DILT-XR CAP 120MG	DILTIAZEM HCL CAP ER 24HR 120 MG	Nivel 2				
DILT-XR CAP 180MG	DILTIAZEM HCL CAP ER 24HR 180 MG	Nivel 2				
DILT-XR CAP 240MG	DILTIAZEM HCL CAP ER 24HR 240 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 120MG ER	DILTIAZEM HCL CAP ER 12HR 120 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
DILTIAZEM CAP 120MG ER	DILTIAZEM HCL CAP ER 24HR 120 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 120MG ER	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER 24HR 120 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 120MG ER	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 120 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 180MG ER	DILTIAZEM HCL CAP ER 24HR 180 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 180MG ER	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER 24HR 180 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 180MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 180 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 240MG ER	DILTIAZEM HCL CAP ER 24HR 240 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 240MG ER	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER 24HR 240 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 240MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 240 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 300MG ER	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER 24HR 300 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 300MG ER	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 300 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 360MG CD	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER 24HR 360 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 360MG ER	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER 24HR 360 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 360MG ER	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 360 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 420MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 420 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 60MG ER	DILTIAZEM HCL CAP ER 12HR 60 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 90MG ER	DILTIAZEM HCL CAP ER 12HR 90 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM TAB 120MG	DILTIAZEM HCL TAB 120 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM TAB 120MG ER	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 120 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM TAB 240MG ER	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 240 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM TAB 300MG ER	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 300 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM TAB 30MG	DILTIAZEM HCL TAB 30 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM TAB 360MG ER	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 360 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM TAB 60MG	DILTIAZEM HCL TAB 60 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM TAB 90MG	DILTIAZEM HCL TAB 90 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM ER TAB 180MG	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 180 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM ER TAB 240MG	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 240 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM ER TAB 300MG	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 300 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM ER TAB 360MG	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 360 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM ER TAB 420MG	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 420 MG	Nivel 2				
DISOPYRAMIDE CAP 100MG	DISOPYRAMIDE PHOSPHATE CAP 100 MG	Nivel 3				
DISOPYRAMIDE CAP 150MG	DISOPYRAMIDE PHOSPHATE CAP 150 MG	Nivel 3				
DOFETILIDE CAP 125MCG	DOFETILIDE CAP 125 MCG (0.125 MG)	Nivel 3		X		
DOFETILIDE CAP 250MCG	DOFETILIDE CAP 250 MCG (0.25 MG)	Nivel 3		X		
DOFETILIDE CAP 500MCG	DOFETILIDE CAP 500 MCG (0.5 MG)	Nivel 3		X		
DOXAZOSIN TAB 1MG	DOXAZOSIN MESYLATE TAB 1 MG	Nivel 2				
DOXAZOSIN TAB 2MG	DOXAZOSIN MESYLATE TAB 2 MG	Nivel 2				
DOXAZOSIN TAB 4MG	DOXAZOSIN MESYLATE TAB 4 MG	Nivel 2				
DOXAZOSIN TAB 8MG	DOXAZOSIN MESYLATE TAB 8 MG	Nivel 2				
EDARBI TAB 40MG	AZILSARTAN MEDOXOMIL TAB 40 MG	Nivel 5		X		
EDARBI TAB 80MG	AZILSARTAN MEDOXOMIL TAB 80 MG	Nivel 5		X		

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
EDARBYCLOR TAB 40-12.5	AZILSARTAN MEDOXOMIL-CHLORTHALIDONE TAB 40-12.5 MG	Nivel 5		X		
EDARBYCLOR TAB 40-25MG	AZILSARTAN MEDOXOMIL-CHLORTHALIDONE TAB 40-25 MG	Nivel 5		X		
ENALAPR/HCTZ TAB 10-25MG	ENALAPRIL MALEATE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 10-25 MG	Nivel 2		X		
ENALAPR/HCTZ TAB 5-12.5MG	ENALAPRIL MALEATE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 5-12.5 MG	Nivel 2		X		
ENALAPRIL TAB 10MG	ENALAPRIL MALEATE TAB 10 MG	Nivel 2		X		
ENALAPRIL TAB 2.5MG	ENALAPRIL MALEATE TAB 2.5 MG	Nivel 2		X		
ENALAPRIL TAB 20MG	ENALAPRIL MALEATE TAB 20 MG	Nivel 2		X		
ENALAPRIL TAB 5MG	ENALAPRIL MALEATE TAB 5 MG	Nivel 2		X		
ENTRESTO TAB 24-26MG	SACUBITRIL-VALSARTAN TAB 24-26 MG	Nivel 5	X	X		
ENTRESTO TAB 49-51MG	SACUBITRIL-VALSARTAN TAB 49-51 MG	Nivel 5	X	X		
ENTRESTO TAB 97-103MG	SACUBITRIL-VALSARTAN TAB 97-103 MG	Nivel 5	X	X		
EPLERENONE TAB 25MG	EPLERENONE TAB 25 MG	Nivel 3				
EPLERENONE TAB 50MG	EPLERENONE TAB 50 MG	Nivel 3				
ETHACRYNIC TAB ACD 25MG	ETHACRYNIC ACID TAB 25 MG	Nivel 3				
EZETIM/SIMVA TAB 10-10MG	EZETIMIBE-SIMVASTATIN TAB 10-10 MG	Nivel 3		X		
EZETIM/SIMVA TAB 10-20MG	EZETIMIBE-SIMVASTATIN TAB 10-20 MG	Nivel 3		X		
EZETIM/SIMVA TAB 10-40MG	EZETIMIBE-SIMVASTATIN TAB 10-40 MG	Nivel 3		X		
EZETIM/SIMVA TAB 10-80MG	EZETIMIBE-SIMVASTATIN TAB 10-80 MG	Nivel 3		X		
EZETIMIBE TAB 10MG	EZETIMIBE TAB 10 MG	Nivel 2		X		
FELODIPINE TAB 10MG ER	FELODIPINE TAB ER 24HR 10 MG	Nivel 2				
FELODIPINE TAB 2.5MG ER	FELODIPINE TAB ER 24HR 2.5 MG	Nivel 2				
FELODIPINE TAB 5MG ER	FELODIPINE TAB ER 24HR 5 MG	Nivel 2				
FENOFIBRATE TAB 160MG	FENOFIBRATE TAB 160 MG	Nivel 3				
FENOFIBRATE TAB 54MG	FENOFIBRATE TAB 54 MG	Nivel 3				
FLECAINIDE TAB 100MG	FLECAINIDE ACETATE TAB 100 MG	Nivel 2				
FLECAINIDE TAB 150MG	FLECAINIDE ACETATE TAB 150 MG	Nivel 2				
FLECAINIDE TAB 50MG	FLECAINIDE ACETATE TAB 50 MG	Nivel 2				
FLUVASTATIN CAP 20MG	FLUVASTATIN SODIUM CAP 20 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3		X		H*
FLUVASTATIN CAP 40MG	FLUVASTATIN SODIUM CAP 40 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3		X		H*
FOSINOP/HCTZ TAB 10/12.5	FOSINOPRIL SODIUM & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 10-12.5 MG	Nivel 2		X		
FOSINOP/HCTZ TAB 20/12.5	FOSINOPRIL SODIUM & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-12.5 MG	Nivel 2		X		
FOSINOPRIL TAB 10MG	FOSINOPRIL SODIUM TAB 10 MG	Nivel 2		X		
FOSINOPRIL TAB 20MG	FOSINOPRIL SODIUM TAB 20 MG	Nivel 2		X		
FOSINOPRIL TAB 40MG	FOSINOPRIL SODIUM TAB 40 MG	Nivel 2		X		
FUROSEMIDE SOL 10MG/ML	FUROSEMIDE ORAL SOLN 10 MG/ML	Nivel 2				
FUROSEMIDE SOL 40MG/5ML	FUROSEMIDE ORAL SOLN 8 MG/ML	Nivel 2				
FUROSEMIDE TAB 20MG	FUROSEMIDE TAB 20 MG	Nivel 2				
FUROSEMIDE TAB 40MG	FUROSEMIDE TAB 40 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
FUROSEMIDE TAB 80MG	FUROSEMIDE TAB 80 MG	Nivel 2				
GEMFIBROZIL TAB 600MG	GEMFIBROZIL TAB 600 MG	Nivel 2				
GUANFACINE TAB 1MG	GUANFACINE HCL TAB 1 MG	Nivel 2		X		
GUANFACINE TAB 2MG	GUANFACINE HCL TAB 2 MG	Nivel 2		X		
HYDRALAZINE TAB 100MG	HYDRALAZINE HCL TAB 100 MG	Nivel 2				
HYDRALAZINE TAB 10MG	HYDRALAZINE HCL TAB 10 MG	Nivel 2				
HYDRALAZINE TAB 25MG	HYDRALAZINE HCL TAB 25 MG	Nivel 2				
HYDRALAZINE TAB 50MG	HYDRALAZINE HCL TAB 50 MG	Nivel 2				
HYDROCHLOROT CAP 12.5MG	HYDROCHLOROTHIAZIDE CAP 12.5 MG	Nivel 2				
HYDROCHLOROT TAB 12.5MG	HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 12.5 MG	Nivel 2				
HYDROCHLOROT TAB 25MG	HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 25 MG	Nivel 2				
HYDROCHLOROT TAB 50MG	HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 50 MG	Nivel 2				
ICOSAPENT CAP 0.5GM	ICOSAPENT ETHYL CAP 0.5 GM	Nivel 3	X			
ICOSAPENT CAP 1GM	ICOSAPENT ETHYL CAP 1 GM	Nivel 3	X			
INDAPAMIDE TAB 1.25MG	INDAPAMIDE TAB 1.25 MG	Nivel 2				
INDAPAMIDE TAB 2.5MG	INDAPAMIDE TAB 2.5 MG	Nivel 2				
IRBESAR/HCTZ TAB 150-12.5	IRBESARTAN- HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 150- 12.5 MG	Nivel 2		X		
IRBESAR/HCTZ TAB 300-12.5	IRBESARTAN- HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 300- 12.5 MG	Nivel 2		X		
IRBESARTAN TAB 150MG	IRBESARTAN TAB 150 MG	Nivel 2		X		
IRBESARTAN TAB 300MG	IRBESARTAN TAB 300 MG	Nivel 2		X		
IRBESARTAN TAB 75MG	IRBESARTAN TAB 75 MG	Nivel 2		X		
ISOSO/HYDRAL TAB 20-37.5	ISOSORBIDE DINITRATE- HYDRALAZINE HCL TAB 20-37.5 MG	Nivel 3		X		
ISOSORB DIN TAB 10MG	ISOSORBIDE DINITRATE TAB 10 MG	Nivel 2				
ISOSORB DIN TAB 20MG	ISOSORBIDE DINITRATE TAB 20 MG	Nivel 2				
ISOSORB DIN TAB 30MG	ISOSORBIDE DINITRATE TAB 30 MG	Nivel 2				
ISOSORB DIN TAB 40MG	ISOSORBIDE DINITRATE TAB 40 MG	Nivel 2				
ISOSORB DIN TAB 5MG	ISOSORBIDE DINITRATE TAB 5 MG	Nivel 2				
ISOSORB MONO TAB 10MG	ISOSORBIDE MONONITRATE TAB 10 MG	Nivel 2				
ISOSORB MONO TAB 120MG ER	ISOSORBIDE MONONITRATE TAB ER 24HR 120 MG	Nivel 2				
ISOSORB MONO TAB 20MG	ISOSORBIDE MONONITRATE TAB 20 MG	Nivel 2				
ISOSORB MONO TAB 30MG ER	ISOSORBIDE MONONITRATE TAB ER 24HR 30 MG	Nivel 2				
ISOSORB MONO TAB 60MG ER	ISOSORBIDE MONONITRATE TAB ER 24HR 60 MG	Nivel 2				
ISRADIPINE CAP 2.5MG	ISRADIPINE CAP 2.5 MG	Nivel 2				
ISRADIPINE CAP 5MG	ISRADIPINE CAP 5 MG	Nivel 2				
LABETALOL TAB 100MG	LABETALOL HCL TAB 100 MG	Nivel 2				
LABETALOL TAB 200MG	LABETALOL HCL TAB 200 MG	Nivel 2				
LABETALOL TAB 300MG	LABETALOL HCL TAB 300 MG	Nivel 2				
LISINOP/HCTZ TAB 10-12.5	LISINOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 10- 12.5 MG	Nivel 2		X		
LISINOP/HCTZ TAB 20-12.5	LISINOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20- 12.5 MG	Nivel 2		X		

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
LISINOP/HCTZ TAB 20-25MG	LISINOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-25 MG	Nivel 2		X		
LISINOPRIL TAB 10MG	LISINOPRIL TAB 10 MG	Nivel 2		X		
LISINOPRIL TAB 2.5MG	LISINOPRIL TAB 2.5 MG	Nivel 2		X		
LISINOPRIL TAB 20MG	LISINOPRIL TAB 20 MG	Nivel 2		X		
LISINOPRIL TAB 30MG	LISINOPRIL TAB 30 MG	Nivel 2		X		
LISINOPRIL TAB 40MG	LISINOPRIL TAB 40 MG	Nivel 2		X		
LISINOPRIL TAB 5MG	LISINOPRIL TAB 5 MG	Nivel 2		X		
LOSARTAN POT TAB 100MG	LOSARTAN POTASSIUM TAB 100 MG	Nivel 2		X		
LOSARTAN POT TAB 25MG	LOSARTAN POTASSIUM TAB 25 MG	Nivel 2		X		
LOSARTAN POT TAB 50MG	LOSARTAN POTASSIUM TAB 50 MG	Nivel 2		X		
LOSARTAN/HCT TAB 100-12.5	LOSARTAN POTASSIUM & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 100-12.5 MG	Nivel 2		X		
LOSARTAN/HCT TAB 100-25	LOSARTAN POTASSIUM & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 100-25 MG	Nivel 2		X		
LOSARTAN/HCT TAB 50-12.5	LOSARTAN POTASSIUM & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 50-12.5 MG	Nivel 2		X		
LOVASTATIN TAB 10MG	LOVASTATIN TAB 10 MG	Nivel 2		X		H-A
LOVASTATIN TAB 20MG	LOVASTATIN TAB 20 MG	Nivel 2		X		H-A
LOVASTATIN TAB 40MG	LOVASTATIN TAB 40 MG	Nivel 2		X		H-A
MATZIM LA TAB 180MG/24	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 180 MG	Nivel 2				
MATZIM LA TAB 240MG/24	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 240 MG	Nivel 2				
MATZIM LA TAB 300MG/24	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 300 MG	Nivel 2				
MATZIM LA TAB 360MG/24	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 360 MG	Nivel 2				
MATZIM LA TAB 420MG/24	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 420 MG	Nivel 2				
METHAZOLAMID TAB 25MG	METHAZOLAMIDE TAB 25 MG	Nivel 3				
METHAZOLAMID TAB 50MG	METHAZOLAMIDE TAB 50 MG	Nivel 3				
METHYLD/HCTZ TAB 250/15	METHYLDOPA & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 250-15 MG	Nivel 2				
METHYLD/HCTZ TAB 250/25	METHYLDOPA & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 250-25 MG	Nivel 2				
METHYLDOPA TAB 250MG	METHYLDOPA TAB 250 MG	Nivel 2				
METHYLDOPA TAB 500MG	METHYLDOPA TAB 500 MG	Nivel 2				
METOLAZONE TAB 10MG	METOLAZONE TAB 10 MG	Nivel 2				
METOLAZONE TAB 2.5MG	METOLAZONE TAB 2.5 MG	Nivel 2				
METOLAZONE TAB 5MG	METOLAZONE TAB 5 MG	Nivel 2				
METOPRL/HCTZ TAB 100-25MG	METOPROLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 100-25 MG	Nivel 2				
METOPRL/HCTZ TAB 100-50MG	METOPROLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 100-50 MG	Nivel 2				
METOPRL/HCTZ TAB 50-25MG	METOPROLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 50-25 MG	Nivel 2				
METOPROL SUC TAB 100MG ER	METOPROLOL SUCCINATE TAB ER 24HR 100 MG (TARTRATE EQUIV)	Nivel 2				
METOPROL SUC TAB 200MG ER	METOPROLOL SUCCINATE TAB ER 24HR 200 MG (TARTRATE EQUIV)	Nivel 2				
METOPROL SUC TAB 25MG ER	METOPROLOL SUCCINATE TAB ER 24HR 25 MG (TARTRATE EQUIV)	Nivel 2				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
METOPROL SUC TAB 50MG ER	METOPROLOL SUCCINATE TAB ER 24HR 50 MG (TARTRATE EQUIV)	Nivel 2				
METOPROL TAR TAB 100MG	METOPROLOL TARTRATE TAB 100 MG	Nivel 2				
METOPROL TAR TAB 25MG	METOPROLOL TARTRATE TAB 25 MG	Nivel 2				
METOPROL TAR TAB 50MG	METOPROLOL TARTRATE TAB 50 MG	Nivel 2				
MEXILETINE CAP 150MG	MEXILETINE HCL CAP 150 MG	Nivel 3				
MEXILETINE CAP 200MG	MEXILETINE HCL CAP 200 MG	Nivel 3				
MEXILETINE CAP 250MG	MEXILETINE HCL CAP 250 MG	Nivel 3				
MIDODRINE TAB 10MG	MIDODRINE HCL TAB 10 MG	Nivel 2				
MIDODRINE TAB 2.5MG	MIDODRINE HCL TAB 2.5 MG	Nivel 2				
MIDODRINE TAB 5MG	MIDODRINE HCL TAB 5 MG	Nivel 2				
MINITRAN DIS 0.1MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.1 MG/HR	Nivel 2				
MINITRAN DIS 0.2MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.2 MG/HR	Nivel 2				
MINITRAN DIS 0.4MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.4 MG/HR	Nivel 2				
MINITRAN DIS 0.6MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.6 MG/HR	Nivel 2				
MINOXIDIL TAB 10MG	MINOXIDIL TAB 10 MG	Nivel 2				
MINOXIDIL TAB 2.5MG	MINOXIDIL TAB 2.5 MG	Nivel 2				
MOEXIPRIL TAB 15MG	MOEXIPRIL HCL TAB 15 MG	Nivel 2		X		
MOEXIPRIL TAB 7.5MG	MOEXIPRIL HCL TAB 7.5 MG	Nivel 2		X		
MULTAQ TAB 400MG	DRONEDARONE HCL TAB 400 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 5	X	X		
NADOLOL TAB 20MG	NADOLOL TAB 20 MG	Nivel 2				
NADOLOL TAB 40MG	NADOLOL TAB 40 MG	Nivel 2				
NADOLOL TAB 80MG	NADOLOL TAB 80 MG	Nivel 2				
NIACIN TAB 500MG	NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) TAB 500 MG	Nivel 3				
NIACIN TAB 500MG ER	NIACIN TAB ER 500 MG (ANTIHYPERLIPIDEMIC)	Nivel 3				
NIACIN ER TAB 1000MG	NIACIN TAB ER 1000 MG (ANTIHYPERLIPIDEMIC)	Nivel 3				
NIACIN ER TAB 500MG	NIACIN TAB ER 500 MG (ANTIHYPERLIPIDEMIC)	Nivel 3				
NIACIN ER TAB 750MG	NIACIN TAB ER 750 MG (ANTIHYPERLIPIDEMIC)	Nivel 3				
NIACOR TAB 500MG	NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) TAB 500 MG	Nivel 3				
NICARDIPINE CAP 20MG	NICARDIPINE HCL CAP 20 MG	Nivel 3				
NICARDIPINE CAP 30MG	NICARDIPINE HCL CAP 30 MG	Nivel 3				
NIFEDIPINE CAP 10MG	NIFEDIPINE CAP 10 MG	Nivel 2				
NIFEDIPINE CAP 20MG	NIFEDIPINE CAP 20 MG	Nivel 2				
NIFEDIPINE TAB 30MG ER	NIFEDIPINE TAB ER 24HR 30 MG	Nivel 2		X		
NIFEDIPINE TAB 30MG ER	NIFEDIPINE TAB ER 24HR OSMOTIC RELEASE 30 MG	Nivel 2		X		
NIFEDIPINE TAB 60MG ER	NIFEDIPINE TAB ER 24HR 60 MG	Nivel 2		X		
NIFEDIPINE TAB 60MG ER	NIFEDIPINE TAB ER 24HR OSMOTIC RELEASE 60 MG	Nivel 2		X		
NIFEDIPINE TAB 90MG ER	NIFEDIPINE TAB ER 24HR 90 MG	Nivel 2		X		
NIFEDIPINE TAB 90MG ER	NIFEDIPINE TAB ER 24HR OSMOTIC RELEASE 90 MG	Nivel 2		X		
NIMODIPINE CAP 30MG	NIMODIPINE CAP 30 MG	Nivel 3				
NISOLDIPINE TAB 17MG ER	NISOLDIPINE TAB ER 24HR 17 MG	Nivel 3				

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
NISOLDIPINE TAB 20MG ER	NISOLDIPINE TAB ER 24HR 20 MG	Nivel 3				
NISOLDIPINE TAB 25.5MG	NISOLDIPINE TAB ER 24HR 25.5 MG	Nivel 3				
NISOLDIPINE TAB 30MG ER	NISOLDIPINE TAB ER 24HR 30 MG	Nivel 3				
NISOLDIPINE TAB 34MG ER	NISOLDIPINE TAB ER 24HR 34 MG	Nivel 3				
NISOLDIPINE TAB 40MG ER	NISOLDIPINE TAB ER 24HR 40 MG	Nivel 3				
NISOLDIPINE TAB 8.5MG ER	NISOLDIPINE TAB ER 24HR 8.5 MG	Nivel 3				
NITRO-BID OIN 2%	NITROGLYCERIN OINT 2%	Nivel 3				
NITRO-DUR DIS 0.3MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.3 MG/HR	Nivel 5				
NITRO-DUR DIS 0.8MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.8 MG/HR	Nivel 5				
NITROGLYCER DIS 0.1MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.1 MG/HR	Nivel 2				
NITROGLYCER DIS 0.2MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.2 MG/HR	Nivel 2				
NITROGLYCER DIS 0.4MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.4 MG/HR	Nivel 2				
NITROGLYCER DIS 0.6MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.6 MG/HR	Nivel 2				
NITROGLYCERI SUB 0.6MG	NITROGLYCERIN SL TAB 0.6 MG	Nivel 2				
NITROGLYCERN SUB 0.3MG	NITROGLYCERIN SL TAB 0.3 MG	Nivel 2				
NITROGLYCERN SUB 0.4MG	NITROGLYCERIN SL TAB 0.4 MG	Nivel 2				
NITROMIST AER 400MCG	NITROGLYCERIN LINGUAL AEROSOL 400 MCG/SPRAY	Nivel 5		X		
NORPACE CAP 100MG CR	DISOPYRAMIDE PHOSPHATE CAP ER 12HR 100 MG	Nivel 3				
NORPACE CAP 150MG CR	DISOPYRAMIDE PHOSPHATE CAP ER 12HR 150 MG	Nivel 3				
NYMALIZE SOL	NIMODIPINE ORAL SOLN 6 MG/ML	Nivel 3				
OLMESA MEDOX TAB 20MG	OLMESARTAN MEDOXOMIL TAB 20 MG	Nivel 2		X		
OLMESA MEDOX TAB 40MG	OLMESARTAN MEDOXOMIL TAB 40 MG	Nivel 2		X		
OLMESA MEDOX TAB 5MG	OLMESARTAN MEDOXOMIL TAB 5 MG	Nivel 2		X		
PENTOXIFYLLI TAB 400MG ER	PENTOXIFYLLINE TAB ER 400 MG	Nivel 2				
PERINDOPRIL TAB 2MG	PERINDOPRIL ERBUMINE TAB 2 MG	Nivel 2		X		
PERINDOPRIL TAB 4MG	PERINDOPRIL ERBUMINE TAB 4 MG	Nivel 2		X		
PERINDOPRIL TAB 8MG	PERINDOPRIL ERBUMINE TAB 8 MG	Nivel 2		X		
PHENOXYBENZA CAP 10MG	PHENOXYBENZAMINE HCL CAP 10 MG	Nivel 3				
PINDOLOL TAB 10MG	PINDOLOL TAB 10 MG	Nivel 2				
PINDOLOL TAB 5MG	PINDOLOL TAB 5 MG	Nivel 2				
PRAVASTATIN TAB 10MG	PRAVASTATIN SODIUM TAB 10 MG	Nivel 2		X		H*
PRAVASTATIN TAB 20MG	PRAVASTATIN SODIUM TAB 20 MG	Nivel 2		X		H*
PRAVASTATIN TAB 40MG	PRAVASTATIN SODIUM TAB 40 MG	Nivel 2		X		H*
PRAVASTATIN TAB 80MG	PRAVASTATIN SODIUM TAB 80 MG	Nivel 2		X		H*
PRAZOSIN HCL CAP 1MG	PRAZOSIN HCL CAP 1 MG	Nivel 2				BH*
PRAZOSIN HCL CAP 2MG	PRAZOSIN HCL CAP 2 MG	Nivel 2				BH*
PRAZOSIN HCL CAP 5MG	PRAZOSIN HCL CAP 5 MG	Nivel 2				BH*
PREVALITE POW 4GM	CHOLESTYRAMINE LIGHT POWDER 4 GM/DOSE	Nivel 3				
PREVALITE POW 4GM PK	CHOLESTYRAMINE LIGHT POWDER PACKETS 4 GM	Nivel 3				
PROPAFENONE CAP 225MG ER	PROPAFENONE HCL CAP ER 12HR 225 MG	Nivel 3				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
PROPAFENONE CAP 325MG ER	PROPAFENONE HCL CAP ER 12HR 325 MG	Nivel 3				
PROPAFENONE CAP 425MG ER	PROPAFENONE HCL CAP ER 12HR 425 MG	Nivel 3				
PROPAFENONE TAB 150MG	PROPAFENONE HCL TAB 150 MG	Nivel 2				
PROPAFENONE TAB 225MG	PROPAFENONE HCL TAB 225 MG	Nivel 2				
PROPAFENONE TAB 300MG	PROPAFENONE HCL TAB 300 MG	Nivel 2				
PROPRAN/HCTZ TAB 40/25	PROPRANOLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 40-25 MG	Nivel 2				
PROPRAN/HCTZ TAB 80/25	PROPRANOLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 80-25 MG	Nivel 2				
PROPRANOLOL CAP 120MG ER	PROPRANOLOL HCL CAP ER 24HR 120 MG	Nivel 2				
PROPRANOLOL CAP 160MG ER	PROPRANOLOL HCL CAP ER 24HR 160 MG	Nivel 2				
PROPRANOLOL CAP 60MG ER	PROPRANOLOL HCL CAP ER 24HR 60 MG	Nivel 2				
PROPRANOLOL CAP 80MG ER	PROPRANOLOL HCL CAP ER 24HR 80 MG	Nivel 2				
PROPRANOLOL SOL 20MG/5ML	PROPRANOLOL HCL ORAL SOLN 20 MG/5ML	Nivel 2				
PROPRANOLOL SOL 40MG/5ML	PROPRANOLOL HCL ORAL SOLN 40 MG/5ML	Nivel 2				
PROPRANOLOL TAB 10MG	PROPRANOLOL HCL TAB 10 MG	Nivel 2				
PROPRANOLOL TAB 20MG	PROPRANOLOL HCL TAB 20 MG	Nivel 2				
PROPRANOLOL TAB 40MG	PROPRANOLOL HCL TAB 40 MG	Nivel 2				
PROPRANOLOL TAB 60MG	PROPRANOLOL HCL TAB 60 MG	Nivel 2				
PROPRANOLOL TAB 80MG	PROPRANOLOL HCL TAB 80 MG	Nivel 2				
QNAPRIL/HCTZ TAB 10-12.5	QUINAPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 10-12.5 MG	Nivel 2		X		
QNAPRIL/HCTZ TAB 20-12.5	QUINAPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-12.5 MG	Nivel 2		X		
QNAPRIL/HCTZ TAB 20-25MG	QUINAPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-25 MG	Nivel 2		X		
QUINAPRIL TAB 10MG	QUINAPRIL HCL TAB 10 MG	Nivel 2		X		
QUINAPRIL TAB 20MG	QUINAPRIL HCL TAB 20 MG	Nivel 2		X		
QUINAPRIL TAB 40MG	QUINAPRIL HCL TAB 40 MG	Nivel 2		X		
QUINAPRIL TAB 5MG	QUINAPRIL HCL TAB 5 MG	Nivel 2		X		
QUINIDINE GL TAB 324MG CR	QUINIDINE GLUCONATE TAB ER 324 MG	Nivel 2				
QUINIDINE GL TAB 324MG ER	QUINIDINE GLUCONATE TAB ER 324 MG	Nivel 2				
QUINIDINE SU TAB 200MG	QUINIDINE SULFATE TAB 200 MG	Nivel 2				
QUINIDINE SU TAB 300MG	QUINIDINE SULFATE TAB 300 MG	Nivel 2				
RAMIPRIL CAP 1.25MG	RAMIPRIL CAP 1.25 MG	Nivel 2		X		
RAMIPRIL CAP 10MG	RAMIPRIL CAP 10 MG	Nivel 2		X		
RAMIPRIL CAP 2.5MG	RAMIPRIL CAP 2.5 MG	Nivel 2		X		
RAMIPRIL CAP 5MG	RAMIPRIL CAP 5 MG	Nivel 2		X		
RANOLAZINE TAB 1000MG	RANOLAZINE TAB ER 12HR 1000 MG	Nivel 3		X		
RANOLAZINE TAB 500MG ER	RANOLAZINE TAB ER 12HR 500 MG	Nivel 3		X		
RECTIV OIN 0.4%	NITROGLYCERIN OINT 0.4%	Nivel 5		X		
REPATHA INJ 140MG/ML	EVOLOCUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	Nivel 5	X	X		

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
REPATHA PUSH INJ 420/3.5	EVOLOCUMAB SUBCUTANEOUS SOLN CARTRIDGE/INFUSOR 420 MG/3.5ML	Nivel 5	X	X		
REPATHA SURE INJ 140MG/ML	EVOLOCUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	Nivel 5	X	X		
ROSUVASTATIN TAB 10MG	ROSUVASTATIN CALCIUM TAB 10 MG	Nivel 2		X		H*
ROSUVASTATIN TAB 20MG	ROSUVASTATIN CALCIUM TAB 20 MG	Nivel 2		X		
ROSUVASTATIN TAB 40MG	ROSUVASTATIN CALCIUM TAB 40 MG	Nivel 2		X		
ROSUVASTATIN TAB 5MG	ROSUVASTATIN CALCIUM TAB 5 MG	Nivel 2		X		H*
SIMVASTATIN TAB 10MG	SIMVASTATIN TAB 10 MG	Nivel 2		X		H-A
SIMVASTATIN TAB 20MG	SIMVASTATIN TAB 20 MG	Nivel 2		X		H-A
SIMVASTATIN TAB 40MG	SIMVASTATIN TAB 40 MG	Nivel 2		X		H-A
SIMVASTATIN TAB 5MG	SIMVASTATIN TAB 5 MG	Nivel 2		X		H-A
SIMVASTATIN TAB 80MG	SIMVASTATIN TAB 80 MG	Nivel 2		X		
SORINE TAB 120MG	SOTALOL HCL TAB 120 MG	Nivel 2				
SORINE TAB 160MG	SOTALOL HCL TAB 160 MG	Nivel 2				
SORINE TAB 240MG	SOTALOL HCL TAB 240 MG	Nivel 2				
SORINE TAB 80MG	SOTALOL HCL TAB 80 MG	Nivel 2				
SOTALOL AF TAB 120MG	SOTALOL HCL (AFIB/AFL) TAB 120 MG	Nivel 2				
SOTALOL AF TAB 160MG	SOTALOL HCL (AFIB/AFL) TAB 160 MG	Nivel 2				
SOTALOL AF TAB 80MG	SOTALOL HCL (AFIB/AFL) TAB 80 MG	Nivel 2				
SOTALOL HCL TAB 120MG	SOTALOL HCL TAB 120 MG	Nivel 2				
SOTALOL HCL TAB 160MG	SOTALOL HCL TAB 160 MG	Nivel 2				
SOTALOL HCL TAB 240MG	SOTALOL HCL TAB 240 MG	Nivel 2				
SOTALOL HCL TAB 80MG	SOTALOL HCL TAB 80 MG	Nivel 2				
SOTYLIZE SOL 5MG/ML	SOTALOL HCL ORAL SOLUTION 5 MG/ ML	Nivel 5	X			
SPIRONO/HCTZ TAB 25/25	SPIRONOLACTONE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 25-25 MG	Nivel 2				
SPIRONOLACT TAB 100MG	SPIRONOLACTONE TAB 100 MG	Nivel 2				
SPIRONOLACT TAB 25MG	SPIRONOLACTONE TAB 25 MG	Nivel 2				
SPIRONOLACT TAB 50MG	SPIRONOLACTONE TAB 50 MG	Nivel 2				
TAZTIA XT CAP 120MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 120 MG	Nivel 2				
TAZTIA XT CAP 180MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 180 MG	Nivel 2				
TAZTIA XT CAP 240MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 240 MG	Nivel 2				
TAZTIA XT CAP 300MG ER	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 300 MG	Nivel 2				
TAZTIA XT CAP 360MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 360 MG	Nivel 2				
TELMISA/HCTZ TAB 40-12.5	TELMISARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 40-12.5 MG	Nivel 3		X		
TELMISA/HCTZ TAB 80-12.5	TELMISARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 80-12.5 MG	Nivel 3		X		
TELMISA/HCTZ TAB 80-25MG	TELMISARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 80-25 MG	Nivel 3		X		
TELMISARTAN TAB 20MG	TELMISARTAN TAB 20 MG	Nivel 2		X		
TELMISARTAN TAB 40MG	TELMISARTAN TAB 40 MG	Nivel 2		X		
TELMISARTAN TAB 80MG	TELMISARTAN TAB 80 MG	Nivel 2		X		
TIADYLT CAP 120MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 120 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
TIADYLT CAP 180MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 180 MG	Nivel 2				
TIADYLT CAP 240MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 240 MG	Nivel 2				
TIADYLT CAP 300MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 300 MG	Nivel 2				
TIADYLT CAP 360MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 360 MG	Nivel 2				
TIADYLT CAP 420MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 420 MG	Nivel 2				
TIMOLOL MAL TAB 10MG	TIMOLOL MALEATE TAB 10 MG	Nivel 2				
TIMOLOL MAL TAB 20MG	TIMOLOL MALEATE TAB 20 MG	Nivel 2				
TIMOLOL MAL TAB 5MG	TIMOLOL MALEATE TAB 5 MG	Nivel 2				
TORSEMIDE TAB 100MG	TORSEMIDE TAB 100 MG	Nivel 2				
TORSEMIDE TAB 10MG	TORSEMIDE TAB 10 MG	Nivel 2				
TORSEMIDE TAB 20MG	TORSEMIDE TAB 20 MG	Nivel 2				
TORSEMIDE TAB 5MG	TORSEMIDE TAB 5 MG	Nivel 2				
TRANDOLAPRIL TAB 1MG	TRANDOLAPRIL TAB 1 MG	Nivel 2		X		
TRANDOLAPRIL TAB 2MG	TRANDOLAPRIL TAB 2 MG	Nivel 2		X		
TRANDOLAPRIL TAB 4MG	TRANDOLAPRIL TAB 4 MG	Nivel 2		X		
TRIAMT/HCTZ CAP 37.5-25	TRIAMTERENE & HYDROCHLOROTHIAZIDE CAP 37.5-25 MG	Nivel 2				
TRIAMT/HCTZ TAB 37.5-25	TRIAMTERENE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 37.5-25 MG	Nivel 2				
TRIAMT/HCTZ TAB 75-50MG	TRIAMTERENE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 75-50 MG	Nivel 2				
TRIAMTERENE CAP 100MG	TRIAMTERENE CAP 100 MG	Nivel 3				
TRIAMTERENE CAP 50MG	TRIAMTERENE CAP 50 MG	Nivel 3				
VALSART/HCTZ TAB 160-12.5	VALSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 160-12.5 MG	Nivel 2		X		
VALSART/HCTZ TAB 160-25MG	VALSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 160-25 MG	Nivel 2		X		
VALSART/HCTZ TAB 320-12.5	VALSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 320-12.5 MG	Nivel 2		X		
VALSART/HCTZ TAB 320-25MG	VALSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 320-25 MG	Nivel 2		X		
VALSART/HCTZ TAB 80-12.5	VALSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 80-12.5 MG	Nivel 2		X		
VALSARTAN TAB 160MG	VALSARTAN TAB 160 MG	Nivel 2		X		
VALSARTAN TAB 320MG	VALSARTAN TAB 320 MG	Nivel 2		X		
VALSARTAN TAB 40MG	VALSARTAN TAB 40 MG	Nivel 2		X		
VALSARTAN TAB 80MG	VALSARTAN TAB 80 MG	Nivel 2		X		
VASCEPA CAP 0.5GM	ICOSAPENT ETHYL CAP 0.5 GM	Nivel 5	X			
VASCEPA CAP 1GM	ICOSAPENT ETHYL CAP 1 GM	Nivel 5	X			
VECAMYL TAB 2.5MG	MECAMYLAMINE HCL TAB 2.5 MG	Nivel 5	X			
VERAPAMIL CAP 100MG ER	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 100 MG	Nivel 3				
VERAPAMIL CAP 120MG ER	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 120 MG	Nivel 3				
VERAPAMIL CAP 120MG SR	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 120 MG	Nivel 3				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
VERAPAMIL CAP 180MG ER	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 180 MG	Nivel 3				
VERAPAMIL CAP 180MG SR	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 180 MG	Nivel 3				
VERAPAMIL CAP 200MG ER	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 200 MG	Nivel 3				
VERAPAMIL CAP 240MG ER	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 240 MG	Nivel 3				
VERAPAMIL CAP 240MG SR	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 240 MG	Nivel 3				
VERAPAMIL CAP 300MG ER	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 300 MG	Nivel 3				
VERAPAMIL CAP 360MG SR	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 360 MG	Nivel 3				
VERAPAMIL TAB 120MG	VERAPAMIL HCL TAB 120 MG	Nivel 2				
VERAPAMIL TAB 120MG ER	VERAPAMIL HCL TAB ER 120 MG	Nivel 2				
VERAPAMIL TAB 180MG ER	VERAPAMIL HCL TAB ER 180 MG	Nivel 2				
VERAPAMIL TAB 240MG ER	VERAPAMIL HCL TAB ER 240 MG	Nivel 2				
VERAPAMIL TAB 40MG	VERAPAMIL HCL TAB 40 MG	Nivel 2				
VERAPAMIL TAB 80MG	VERAPAMIL HCL TAB 80 MG	Nivel 2				
Agentes del sistema nervioso central						
AMPHET/DEXTR CAP 10MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE CAP ER 24HR 10 MG	Nivel 1	X	X		BH
AMPHET/DEXTR CAP 15MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE CAP ER 24HR 15 MG	Nivel 1	X	X		BH
AMPHET/DEXTR CAP 20MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE CAP ER 24HR 20 MG	Nivel 1	X	X		BH
AMPHET/DEXTR CAP 25MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE CAP ER 24HR 25 MG	Nivel 1	X	X		BH
AMPHET/DEXTR CAP 30MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE CAP ER 24HR 30 MG	Nivel 1	X	X		BH
AMPHET/DEXTR CAP 5MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE CAP ER 24HR 5 MG	Nivel 1	X	X		BH
AMPHET/DEXTR TAB 10MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TAB 10 MG	Nivel 1	X	X		BH
AMPHET/DEXTR TAB 12.5MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TAB 12.5 MG	Nivel 1	X	X		BH
AMPHET/DEXTR TAB 15MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TAB 15 MG	Nivel 1	X	X		BH
AMPHET/DEXTR TAB 20MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TAB 20 MG	Nivel 1	X	X		BH
AMPHET/DEXTR TAB 30MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TAB 30 MG	Nivel 1	X	X		BH
AMPHET/DEXTR TAB 5MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TAB 5 MG	Nivel 1	X	X		BH
AMPHET/DEXTR TAB 7.5MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TAB 7.5 MG	Nivel 1	X	X		BH
AMPHETAMINE TAB 10MG	AMPHETAMINE SULFATE TAB 10 MG	Nivel 1	X			BH
AMPHETAMINE TAB 5MG	AMPHETAMINE SULFATE TAB 5 MG	Nivel 1	X			BH
AUSTEDO TAB 12MG	DEUTETRABENAZINE TAB 12 MG	Nivel 4	X	X		BH*
AUSTEDO TAB 6MG	DEUTETRABENAZINE TAB 6 MG	Nivel 4	X	X		BH*
AUSTEDO TAB 9MG	DEUTETRABENAZINE TAB 9 MG	Nivel 4	X	X		BH*

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
AVONEX PEN KIT 30MCG	INTERFERON BETA-1A IM AUTO-INJECTOR KIT 30 MCG/0.5ML	Nivel 4	X	X		
AVONEX PREFL KIT 30MCG	INTERFERON BETA-1A IM PREFILLED SYRINGE KIT 30 MCG/0.5ML	Nivel 4	X	X		
BETASERON INJ 0.3MG	INTERFERON BETA-1B FOR INJ KIT 0.3 MG	Nivel 4	X	X		
CAFFEINE CIT SOL 20MG/ML	CAFFEINE CITRATE ORAL SOLN 60 MG/3ML (10 MG/ML BASE EQUIV)	Nivel 2				
CAFFEINE CIT SOL 60MG/3ML	CAFFEINE CITRATE ORAL SOLN 60 MG/3ML (10 MG/ML BASE EQUIV)	Nivel 2				
CLONIDINE TAB 0.1MG ER	CLONIDINE HCL TAB ER 12HR 0.1 MG	Nivel 1				BH
DALFAMPRIDIN TAB 10MG ER	DALFAMPRIDINE TAB ER 12HR 10 MG	Nivel 4	X	X		
DEXMETHYLPH TAB 10MG	DEXMETHYLPHENIDATE HCL TAB 10 MG	Nivel 1	X	X		BH
DEXMETHYLPH TAB 2.5MG	DEXMETHYLPHENIDATE HCL TAB 2.5 MG	Nivel 1	X	X		BH
DEXMETHYLPH TAB 5MG	DEXMETHYLPHENIDATE HCL TAB 5 MG	Nivel 1	X	X		BH
DEXTROAMPHET SOL 5MG/5ML	DEXTROAMPHETAMINE SULFATE ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	Nivel 1	X			BH
DEXTROAMPHET TAB 10MG	DEXTROAMPHETAMINE SULFATE TAB 10 MG	Nivel 1	X	X		BH
DEXTROAMPHET TAB 5MG	DEXTROAMPHETAMINE SULFATE TAB 5 MG	Nivel 1	X	X		BH
DIMETHYL FUM CAP 120MG DR	DIMETHYL FUMARATE CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG	Nivel 4	X	X		
DIMETHYL FUM CAP 240MG DR	DIMETHYL FUMARATE CAPSULE DELAYED RELEASE 240 MG	Nivel 4	X	X		
DIMETHYL FUM MIS STARTER	DIMETHYL FUMARATE CAPSULE DR STARTER PACK 120 MG & 240 MG	Nivel 4	X	X		
DULOXETINE CAP 20MG	DULOXETINE HCL ENTERIC COATED PELLETS CAP 20 MG (BASE EQ)	Nivel 1		X		BH
DULOXETINE CAP 30MG	DULOXETINE HCL ENTERIC COATED PELLETS CAP 30 MG (BASE EQ)	Nivel 1		X		BH
DULOXETINE CAP 60MG	DULOXETINE HCL ENTERIC COATED PELLETS CAP 60 MG (BASE EQ)	Nivel 1		X		BH
FINGOLIMOD CAP 0.5MG	FINGOLIMOD HCL CAP 0.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
GLATIRAMER INJ 20MG/ML	GLATIRAMER ACETATE SOLN PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	Nivel 4	X	X		
GLATIRAMER INJ 40MG/ML	GLATIRAMER ACETATE SOLN PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	Nivel 4	X	X		
GLATOPA INJ 20MG/ML	GLATIRAMER ACETATE SOLN PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	Nivel 4	X	X		
GLATOPA INJ 40MG/ML	GLATIRAMER ACETATE SOLN PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	Nivel 4	X	X		
GUANFACINE TAB 1MG ER	GUANFACINE HCL TAB ER 24HR 1 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		BH
GUANFACINE TAB 2MG ER	GUANFACINE HCL TAB ER 24HR 2 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		BH
GUANFACINE TAB 3MG ER	GUANFACINE HCL TAB ER 24HR 3 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		BH
GUANFACINE TAB 4MG ER	GUANFACINE HCL TAB ER 24HR 4 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		BH
INGREZZA CAP 40-80MG	VALBENZAZINE TOSYLATE CAP THERAPY PACK 40 MG (7) & 80 MG (21)	Nivel 6	X	X		BH*
INGREZZA CAP 40MG	VALBENZAZINE TOSYLATE CAP 40 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		BH*

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
INGREZZA CAP 60MG	VALBENZAZINE TOSYLATE CAP 60 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		BH*
INGREZZA CAP 80MG	VALBENZAZINE TOSYLATE CAP 80 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		BH*
METHAMPHETAM TAB 5MG	METHAMPHETAMINE HCL TAB 5 MG	Nivel 1	X			BH
METHYLPHENID SOL 10MG/5ML	METHYLPHENIDATE HCL SOLN 10 MG/5ML	Nivel 1	X	X		BH
METHYLPHENID SOL 5MG/5ML	METHYLPHENIDATE HCL SOLN 5 MG/5ML	Nivel 1	X	X		BH
METHYLPHENID TAB 10MG	METHYLPHENIDATE HCL TAB 10 MG	Nivel 1	X	X		BH
METHYLPHENID TAB 18MG ER	METHYLPHENIDATE HCL TAB ER OSMOTIC RELEASE (OSM) 18 MG	Nivel 1	X	X		BH
METHYLPHENID TAB 20MG	METHYLPHENIDATE HCL TAB 20 MG	Nivel 1	X	X		BH
METHYLPHENID TAB 27MG ER	METHYLPHENIDATE HCL TAB ER OSMOTIC RELEASE (OSM) 27 MG	Nivel 1	X	X		BH
METHYLPHENID TAB 36MG ER	METHYLPHENIDATE HCL TAB ER OSMOTIC RELEASE (OSM) 36 MG	Nivel 1	X	X		BH
METHYLPHENID TAB 54MG ER	METHYLPHENIDATE HCL TAB ER OSMOTIC RELEASE (OSM) 54 MG	Nivel 1	X	X		BH
METHYLPHENID TAB 5MG	METHYLPHENIDATE HCL TAB 5 MG	Nivel 1	X	X		BH
PHENTERMINE CAP 15MG	PHENTERMINE HCL CAP 15 MG	Nivel 2	X			
PHENTERMINE CAP 30MG	PHENTERMINE HCL CAP 30 MG	Nivel 2	X			
PHENTERMINE CAP 37.5MG	PHENTERMINE HCL CAP 37.5 MG	Nivel 2	X			
PHENTERMINE TAB 37.5MG	PHENTERMINE HCL TAB 37.5 MG	Nivel 2	X			
PREGABALIN CAP 100MG	PREGABALIN CAP 100 MG	Nivel 2		X		BH*
PREGABALIN CAP 150MG	PREGABALIN CAP 150 MG	Nivel 2		X		BH*
PREGABALIN CAP 200MG	PREGABALIN CAP 200 MG	Nivel 2		X		BH*
PREGABALIN CAP 225MG	PREGABALIN CAP 225 MG	Nivel 2		X		BH*
PREGABALIN CAP 25MG	PREGABALIN CAP 25 MG	Nivel 2		X		BH*
PREGABALIN CAP 300MG	PREGABALIN CAP 300 MG	Nivel 2		X		BH*
PREGABALIN CAP 50MG	PREGABALIN CAP 50 MG	Nivel 2		X		BH*
PREGABALIN CAP 75MG	PREGABALIN CAP 75 MG	Nivel 2		X		BH*
RILUZOLE TAB 50MG	RILUZOLE TAB 50 MG	Nivel 4				BH*
SAVELLA MIS TITR PAK	MILNACIPRAN HCL TAB 12.5 MG (5) & 25 MG (8) & 50 MG (42) PAK	Nivel 5		X		
SAVELLA TAB 100MG	MILNACIPRAN HCL TAB 100 MG	Nivel 5		X		
SAVELLA TAB 12.5MG	MILNACIPRAN HCL TAB 12.5 MG	Nivel 5		X		
SAVELLA TAB 25MG	MILNACIPRAN HCL TAB 25 MG	Nivel 5		X		
SAVELLA TAB 50MG	MILNACIPRAN HCL TAB 50 MG	Nivel 5		X		
TETRABENAZIN TAB 12.5MG	TETRABENZAZINE TAB 12.5 MG	Nivel 4	X	X		
TETRABENAZIN TAB 25MG	TETRABENZAZINE TAB 25 MG	Nivel 4	X	X		
TIGLUTIK SUS 50/10ML	RILUZOLE SUSP 50 MG/10ML	Nivel 6	X			BH*
Agentes dentales y bucales						
CEVIMELINE CAP 30MG	CEVIMELINE HCL CAP 30 MG	Nivel 3				
CHLORHEX GLU SOL 0.12%	CHLORHEXIDINE GLUCONATE SOLN 0.12%	Nivel 2				
ORALONE DENT PST 0.1%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE DENTAL PASTE 0.1%	Nivel 2				
PERIOGARD SOL 0.12%	CHLORHEXIDINE GLUCONATE SOLN 0.12%	Nivel 2				
PILOCARPINE TAB 5MG	PILOCARPINE HCL TAB 5 MG	Nivel 3				
PILOCARPINE TAB 7.5MG	PILOCARPINE HCL TAB 7.5 MG	Nivel 3				
TRIAMCINOLON PST DEN 0.1%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE DENTAL PASTE 0.1%	Nivel 2				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
Agentes dermatológicos						
AC CUTANE CAP 10MG	ISOTRETINOIN CAP 10 MG	Nivel 3				
AC CUTANE CAP 20MG	ISOTRETINOIN CAP 20 MG	Nivel 3				
AC CUTANE CAP 30MG	ISOTRETINOIN CAP 30 MG	Nivel 3				
AC CUTANE CAP 40MG	ISOTRETINOIN CAP 40 MG	Nivel 3				
ACITRETIN CAP 10MG	ACITRETIN CAP 10 MG	Nivel 3				
ACITRETIN CAP 17.5MG	ACITRETIN CAP 17.5 MG	Nivel 3				
ACITRETIN CAP 25MG	ACITRETIN CAP 25 MG	Nivel 3				
ADAPALENE CRE 0.1%	ADAPALENE CREAM 0.1%	Nivel 3	X	X		
ADAPALENE GEL 0.1%	ADAPALENE GEL 0.1%	Nivel 3	X	X		
ADAPALENE GEL 0.3%	ADAPALENE GEL 0.3%	Nivel 3	X	X		
ADAPALENE GEL PMP 0.3%	ADAPALENE GEL 0.3%	Nivel 3	X	X		
AMMONIUM LAC CRE 12%	LACTIC ACID (AMMONIUM LACTATE) CREAM 12%	Nivel 2				
AMNESTEEM CAP 10MG	ISOTRETINOIN CAP 10 MG	Nivel 3				
AMNESTEEM CAP 20MG	ISOTRETINOIN CAP 20 MG	Nivel 3				
AMNESTEEM CAP 40MG	ISOTRETINOIN CAP 40 MG	Nivel 3				
AZELAIC ACID GEL 15%	AZELAIC ACID GEL 15%	Nivel 3		X		
CALCIP/BETAM SUS	CALCIPOTRIENE-BETAMETHASONE DIPROPIONATE SUSP 0.005-0.064%	Nivel 3		X		
CALCIPOTRIEN CRE 0.005%	CALCIPOTRIENE CREAM 0.005%	Nivel 3		X		
CALCIPOTRIEN OIN 0.005%	CALCIPOTRIENE OINT 0.005%	Nivel 3		X		
CALCIPOTRIEN OIN BETAMETH	CALCIPOTRIENE-BETAMETHASONE DIPROPIONATE OINT 0.005-0.064%	Nivel 3		X		
CALCIPOTRIEN SOL 0.005%	CALCIPOTRIENE SOLN 0.005% (50 MCG/ML)	Nivel 3		X		
CALCITRIOL OIN 3MCG/GM	CALCITRIOL OINT 3 MCG/GM	Nivel 3		X		
CLARAVIS CAP 10MG	ISOTRETINOIN CAP 10 MG	Nivel 3				
CLARAVIS CAP 20MG	ISOTRETINOIN CAP 20 MG	Nivel 3				
CLARAVIS CAP 30MG	ISOTRETINOIN CAP 30 MG	Nivel 3				
CLARAVIS CAP 40MG	ISOTRETINOIN CAP 40 MG	Nivel 3				
CLINDAMY/BEN GEL 1.2-5%	CLINDAMYCIN PHOSPH-BENZOYL PEROXIDE (REFRIG) GEL 1.2 (1)-5%	Nivel 3		X		
CLINDAMYCIN LOT 1%	CLINDAMYCIN PHOSPHATE LOTION 1%	Nivel 3		X		
CLINDAMYCIN LOT 10MG/ML	CLINDAMYCIN PHOSPHATE LOTION 1%	Nivel 3		X		
CLINDAMYCIN MIS 1%	CLINDAMYCIN PHOSPHATE SWAB 1%	Nivel 2		X		
CLINDAMYCIN SOL 1%	CLINDAMYCIN PHOSPHATE SOLN 1%	Nivel 2		X		
CONDYLOX GEL 0.5%	PODOFILOX GEL 0.5%	Nivel 5				
DOXEPIN HCL CRE 5%	DOXEPIN HCL CREAM 5%	Nivel 3	X	X		
DUOBRII LOT	HALOBETASOL PROPIONATE-TAZAROTENE LOTION 0.01-0.045%	Nivel 5		X		
DUPIXENT INJ 100/0.67	DUPILUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML	Nivel 4	X	X		
DUPIXENT INJ 200/1.14	DUPILUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML	Nivel 4	X	X		
DUPIXENT INJ 200MG	DUPILUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML	Nivel 4	X	X		
DUPIXENT INJ 300/2ML	DUPILUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PEN-INJECTOR 300 MG/2ML	Nivel 4	X	X		
DUPIXENT INJ 300/2ML	DUPILUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML	Nivel 4	X	X		
EPIFOAM AER 1%	PRAMOXINE-HC AEROSOL FOAM 1-1%	Nivel 3				
ERY PAD 2%	ERYTHROMYCIN PADS 2%	Nivel 2				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
ERY/BENZOYL GEL 3-5%	BENZOYL PEROXIDE-ERYTHROMYCIN GEL 5-3%	Nivel 3		X		
ERYTHROMYCIN GEL 2%	ERYTHROMYCIN GEL 2%	Nivel 3				
ERYTHROMYCIN SOL 2%	ERYTHROMYCIN SOLN 2%	Nivel 3				
ESKATA SOL 40%	HYDROGEN PEROXIDE SOLN 40%	Nivel 5				
IMIQUIMOD CRE 5%	IMIQUIMOD CREAM 5%	Nivel 2		X		
ISOTRETINOIN CAP 10MG	ISOTRETINOIN CAP 10 MG	Nivel 3				
ISOTRETINOIN CAP 20MG	ISOTRETINOIN CAP 20 MG	Nivel 3				
ISOTRETINOIN CAP 30MG	ISOTRETINOIN CAP 30 MG	Nivel 3				
ISOTRETINOIN CAP 40MG	ISOTRETINOIN CAP 40 MG	Nivel 3				
METHOXSALLEN CAP 10MG	METHOXSALLEN RAPID CAP 10 MG	Nivel 3				
METRONIDAZOL CRE 0.75%	METRONIDAZOLE CREAM 0.75%	Nivel 3				
METRONIDAZOL GEL 0.75%	METRONIDAZOLE GEL 0.75%	Nivel 3				
METRONIDAZOL LOT 0.75%	METRONIDAZOLE LOTION 0.75%	Nivel 3				
MYORISAN CAP 10MG	ISOTRETINOIN CAP 10 MG	Nivel 3				
MYORISAN CAP 20MG	ISOTRETINOIN CAP 20 MG	Nivel 3				
MYORISAN CAP 30MG	ISOTRETINOIN CAP 30 MG	Nivel 3				
MYORISAN CAP 40MG	ISOTRETINOIN CAP 40 MG	Nivel 3				
PIMECROLIMUS CRE 1%	PIMECROLIMUS CREAM 1%	Nivel 3		X	X	
PODOFILOX SOL 0.5%	PODOFILOX SOLN 0.5%	Nivel 2				
PRAMOSONE LOT 1%	PRAMOXINE-HC LOTION 1-1%	Nivel 3				
PRAMOSONE LOT 2.5%	PRAMOXINE-HC LOTION 1-2.5%	Nivel 3				
REGNANEX GEL 0.01%	BECAPLERMIN GEL 0.01%	Nivel 3	X	X		
RHOFADE CRE 1%	OXYMETAZOLINE HCL CREAM 1%	Nivel 5	X	X		
SANTYL OIN 250/GM	COLLAGENASE OINT 250 UNIT/GM	Nivel 5		X		
SELENIUM SUL LOT 2.5%	SELENIUM SULFIDE LOTION 2.5%	Nivel 2				
STELARA INJ 45MG/0.5	USTEKINUMAB INJ 45 MG/0.5ML	Nivel 4	X	X		
STELARA INJ 45MG/0.5	USTEKINUMAB SOLN PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	Nivel 4	X	X		
STELARA INJ 90MG/ML	USTEKINUMAB SOLN PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	Nivel 4	X	X		
SULFACETAMID LOT 10%	SULFACETAMIDE SODIUM LOTION 10% (ACNE)	Nivel 2				
TACROLIMUS OIN 0.03%	TACROLIMUS OINT 0.03%	Nivel 3		X	X	
TACROLIMUS OIN 0.1%	TACROLIMUS OINT 0.1%	Nivel 3		X	X	
TAZAROTENE CRE 0.1%	TAZAROTENE CREAM 0.1%	Nivel 3	X	X		
TAZAROTENE GEL 0.05%	TAZAROTENE GEL 0.05%	Nivel 3	X	X		
TAZAROTENE GEL 0.1%	TAZAROTENE GEL 0.1%	Nivel 3	X	X		
TAZORAC CRE 0.05%	TAZAROTENE CREAM 0.05%	Nivel 5	X	X		
TRETINOIN CRE 0.025%	TRETINOIN CREAM 0.025%	Nivel 3	X	X		
TRETINOIN CRE 0.05%	TRETINOIN CREAM 0.05%	Nivel 3	X	X		
TRETINOIN CRE 0.1%	TRETINOIN CREAM 0.1%	Nivel 3	X	X		
VEREGEN OIN 15%	SINECATECHINS OINT 15%	Nivel 5		X		
ZENATANE CAP 10MG	ISOTRETINOIN CAP 10 MG	Nivel 3				
ZENATANE CAP 20MG	ISOTRETINOIN CAP 20 MG	Nivel 3				
ZENATANE CAP 30MG	ISOTRETINOIN CAP 30 MG	Nivel 3				
ZENATANE CAP 40MG	ISOTRETINOIN CAP 40 MG	Nivel 3				
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas						
CITRANATAL CAP MEDLEY	*PRENAT W/O A W/FE FUM-FE CBN-FA- DHA CAP 27-1-200 MG***	Nivel 3				
ATABEX EC TAB 29-1MG	*PRENATAL VIT W/ DSS-IRON CARBONYL-FA TAB DR 29-1 MG***	Nivel 3				

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
ATABEX OB TAB 29-1MG	*PRENATAL VIT W/ FE BISGLYCINATE CHELATE-FA TAB 29-1 MG***	Nivel 3				
AURYXIA TAB 210MG	FERRIC CITRATE TAB 1 GM (210 MG FERRIC IRON)	Nivel 5				
C-NATE DHA CAP 28-1-200	*PRENATAL VIT W/ FE FUM-FA-OMEGA 3 CAP 28-1-200 MG***	Nivel 3				
CALC ACETATE CAP 667MG	CALCIUM ACETATE (PHOSPHATE BINDER) CAP 667 MG (169 MG CA)	Nivel 2				
CALC ACETATE TAB 667MG	CALCIUM ACETATE (PHOSPHATE BINDER) TAB 667 MG	Nivel 2				
CARGLUMIC TAB 200MG	CARGLUMIC ACID SOLUBLE TAB 200 MG	Nivel 6	X			
CHEMET CAP 100MG	SUCCIMER CAP 100 MG	Nivel 3				
CITRANATAL CAP HARMONY	*PRENAT W/O A W/FE FUM-FE CBN-DSS-FA-DHA CAP 27-1-260 MG***	Nivel 3				
CITRANATAL MIS	*PRENAT W/O A W/FECBN-FEGL-DSS-FA TAB 90 &DHA CAP 300MG PAK*	Nivel 5				
CITRANATAL MIS 90 DHA	*PRENAT W/O A W/FECBN-FEGL-DSS-FA TAB 90 &DHA CAP 300MG PAK*	Nivel 5				
CITRANATAL MIS B-CALM	*PRENAT W/O A W/FECBN-FEGLU-FA TAB 20-1 MG & VIT B6 TAB PAK*	Nivel 3				
CITRANATAL PAK ASSURE	*PRENAT W/O A W/FECBN-FEGL-DSS-FA TAB & DHA CAP 300 MG PACK*	Nivel 5				
CITRANATAL PAK DHA	*PRENAT W/O A W/FECBN-FEGL-DSS-FA TAB & DHA CAP 250 MG PACK*	Nivel 5				
CITRANATAL PAK ESSENCE	*PRENAT W/O A W/FECBN-FEGL-FA TAB 35-1 & DHA CAP 300 MG PAK*	Nivel 5				
CITRANATAL TAB BLOOM	*PRENATAL VIT W/ DSS-FE CBN-FE GLUC-FA TAB 90-1 MG***	Nivel 3				
CITRANATAL TAB RX	*PRENATAL W/O A W/ FE CARBONYL-FE GLUC-DSS-FA TAB 27-1MG***	Nivel 5				
CLOVIQUE CAP 250MG	TRIENTINE HCL CAP 250 MG	Nivel 6	X	X		
CO-NATAL FA TAB 29-1MG	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 29-1 MG***	Nivel 3				
COMPLETE NAT PAK DHA	*PRENAT-FE BIS-FE PROT SUCC-FA-CA TAB & OMEGA 3 CAP 200 PK**	Nivel 3				
COMPLETENATE CHW	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA CHEW TAB 29-1 MG***	Nivel 3				
CONCEPT DHA CAP	*PRENATAL W/FE FUM-FE POLY -FA-OMEGA 3 CAP 53.5-38-1 MG***	Nivel 5				
CONCEPT OB CAP	*PRENATAL W/O A W/FE FUM-FE POLY- FA CAP 130-92.4-1 MG***	Nivel 5				
CYANOCOBALAM INJ 1000MCG	CYANOCOBALAMIN INJ 1000 MCG/ML	Nivel 2				
CYANOCOBALAM INJ 1000MCG	CYANOCOBALAMIN INJ 1000 MCG/ML	Nivel 2				
CYANOCOBALAM INJ 30000MCG	CYANOCOBALAMIN INJ 1000 MCG/ML	Nivel 2				
DEFERASIROX GRA 180MG	DEFERASIROX GRANULES PACKET 180 MG	Nivel 6	X			
DEFERASIROX GRA 360MG	DEFERASIROX GRANULES PACKET 360 MG	Nivel 6	X			
DEFERASIROX GRA 90MG	DEFERASIROX GRANULES PACKET 90 MG	Nivel 6	X			
DEFERASIROX TAB 125MG	DEFERASIROX TAB FOR ORAL SUSP 125 MG	Nivel 6	X			
DEFERASIROX TAB 180MG	DEFERASIROX TAB 180 MG	Nivel 6	X			
DEFERASIROX TAB 250MG	DEFERASIROX TAB FOR ORAL SUSP 250 MG	Nivel 6	X			
DEFERASIROX TAB 360MG	DEFERASIROX TAB 360 MG	Nivel 6	X			

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
DEFERASIROX TAB 500MG	DEFERASIROX TAB FOR ORAL SUSP 500 MG	Nivel 6	X			
DEFERASIROX TAB 90MG	DEFERASIROX TAB 90 MG	Nivel 6	X			
DODEX INJ	CYANOCOBALAMIN INJ 1000 MCG/ML	Nivel 3				
DUET DHA MIS BALANCED	*PRENAT W/FE POLY-NA FERED-FA TAB 25-1 & OMEGA CAP 267 MG***	Nivel 3				
DUET DHA 400 MIS 25-1-400	*PRENAT W/FE POLY-NA FERED-FA TAB 25-1 & OMEGA CAP 400 MG***	Nivel 3				
EFFER-K TAB 10MEQ	POTASSIUM BICARBONATE-CITRIC ACID EFFER TAB 10 MEQ	Nivel 3				
EFFER-K TAB 20MEQ	POTASSIUM BICARBONATE-CITRIC ACID EFFER TAB 20 MEQ	Nivel 3				
EFFER-K TAB 25MEQ EF	POTASSIUM BICARBONATE EFFER TAB 25 MEQ	Nivel 2				
ELITE-OB TAB	*PRENATAL VIT W/ IRON CARBONYL-FA TAB 50-1.25 MG***	Nivel 3				
ENBRACE HR CAP	*PRENATAL VIT W/ FE GLY CYS-FA-OMEGA 3 FATTY ACIDS CAP***	Nivel 3				
FA-8 CAP 800MCG	FOLIC ACID CAP 0.8 MG	Nivel 1				H
FLUORIDE CHW 0.25MG F	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 0.25 MG F (FROM 0.55 MG NAF)	Nivel 1				H-A
FLUORIDE CHW 1MG F	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 1 MG F (FROM 2.2 MG NAF)	Nivel 1				H-A
FLUORITAB DRO 0.125MG	SODIUM FLUORIDE SOLN 0.125 MG/DROP F (0.275 MG/DROP NAF)	Nivel 1				H-A
FOLIC ACID TAB 1000MCG	FOLIC ACID TAB 1 MG	Nivel 2				
FOLIC ACID TAB 1MG	FOLIC ACID TAB 1 MG	Nivel 2				
FOLIC ACID TAB 400MCG	FOLIC ACID TAB 400 MCG	Nivel 1				H
FOLIC ACID TAB 800MCG	FOLIC ACID TAB 800 MCG	Nivel 1				H
FOLIVANE-OB CAP	*PRENATAL W/O A W/FE FUM-FE POLY- FA CAP 85-1 MG***	Nivel 5				
FOSRENOL POW 1000MG	LANTHANUM CARBONATE ORAL POWDER PACK 1000 MG (ELEMENTAL)	Nivel 5				
FOSRENOL POW 750MG	LANTHANUM CARBONATE ORAL POWDER PACK 750 MG (ELEMENTAL)	Nivel 5				
GALZIN CAP 25MG	ZINC ACETATE CAP 25 MG (ELEMENTAL ZINC)	Nivel 5				
GALZIN CAP 50MG	ZINC ACETATE CAP 50 MG (ELEMENTAL ZINC)	Nivel 5				
INATAL GT TAB	*PRENATAL VIT W/ DSS-IRON CARBONYL-FA TAB 90-1 MG***	Nivel 3				
K-PRIME TAB 25MEQ EF	POTASSIUM BICARBONATE EFFER TAB 25 MEQ	Nivel 2				
KLOR-CON PAK 20MEQ	POTASSIUM CHLORIDE POWDER PACKET 20 MEQ	Nivel 3				
KLOR-CON 10 TAB 10MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE TAB ER 10 MEQ	Nivel 2				
KLOR-CON 8 TAB 8MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE TAB ER 8 MEQ (600 MG)	Nivel 2				
KLOR-CON M10 TAB 10MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYST ER TAB 10 MEQ	Nivel 2				
KLOR-CON M15 TAB 15MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYST ER TAB 15 MEQ	Nivel 2				
KLOR-CON M20 TAB 20MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYST ER TAB 20 MEQ	Nivel 2				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
KLOR-CON/EF TAB 25MEQ FR	POTASSIUM BICARBONATE EFFER TAB 25 MEQ	Nivel 2				
KOSHR PRENAT TAB 30-1MG	*PRENATAL VIT W/ IRON CARBONYL- FA TAB 30-1 MG***	Nivel 2				
LANTHANUM CHW 1000MG	LANTHANUM CARBONATE CHEW TAB 1000 MG (ELEMENTAL)	Nivel 3				
LANTHANUM CHW 500MG	LANTHANUM CARBONATE CHEW TAB 500 MG (ELEMENTAL)	Nivel 3				
LANTHANUM CHW 750MG	LANTHANUM CARBONATE CHEW TAB 750 MG (ELEMENTAL)	Nivel 3				
LEVOCARNITIN SOL 1GM/10ML	LEVOCARNITINE ORAL SOLN 1 GM/10ML (10%)	Nivel 3				
LEVOCARNITIN TAB 330MG	LEVOCARNITINE TAB 330 MG	Nivel 2				
LOKELMA PAK 10GM	SODIUM ZIRCONIUM CYCLOSILICATE FOR SUSP PACKET 10 GM	Nivel 5	X	X		
LOKELMA PAK 5GM	SODIUM ZIRCONIUM CYCLOSILICATE FOR SUSP PACKET 5 GM	Nivel 5	X	X		
M-NATAL PLUS TAB	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 3				
NAFRINSE CHW 1MG F	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 1 MG F (FROM 2.2 MG NAF)	Nivel 1				H-A
NAFRINSE DRO 0.125MG	SODIUM FLUORIDE SOLN 0.125 MG/ DROP F (0.275 MG/DROP NAF)	Nivel 1				H-A
NATACHEW CHW	*PRENATAL VIT W/ FE FUM- FE BISGLYCIN-FA CHEW TAB 28-1 MG***	Nivel 3				
NATALVIT TAB 75-1MG	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 75-1 MG***	Nivel 3				
NEONATAL TAB COMPLTE	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 3				
NEONATAL TAB PLUS	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 3				
NEONATAL PLS TAB 27-1MG	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 3				
NESTABS TAB	*PRENATAL VIT W/O VIT A W/ FE BISGLYCINATE-FA TAB 32-1 MG***	Nivel 3				
NESTABS DHA PAK	*PRENAT W/O A W/ FE BISGLYC-FA TAB 32-1 MG & OMEGA CAP PACK*	Nivel 3				
NIVA-PLUS TAB	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 3				
OB COMPLETE CAP ONE	*PRENATAL W/O A W/FECBN-FE ASP GLYC-FA-FISH CAP 50-1-476 MG*	Nivel 3				
OB COMPLETE CAP PETITE	*PRENAT W/O A W/FECBN- FEASPGLYC-FA-OMEGA CAP 35-5-1- 200 MG**	Nivel 3				
OB COMPLETE TAB	*PRENATAL VIT W/ IRON CARBONYL- FA TAB 50-1.25 MG***	Nivel 3				
OB COMPLETE TAB PREMIER	*PRENATAL VIT W/ FE CBN-FE ASP GLYC-FA TAB 30-20-1 MG***	Nivel 3				
OB COMPLETE/ CAP DHA	*PRENAT W/ IRON CBN-FE ASP GLYC- FA-OMEGA CAP 30-10-1-200 MG*	Nivel 3				
OBSTETRIX MIS DHA	*PRENAT W/FE CARBONYL-FA TAB 29-1 MG & DHA CAP 350 MG PAK*	Nivel 3				
OBSTETRIX EC TAB	*PRENATAL VIT W/ DSS-IRON CARBONYL-FA TAB 29-1 MG***	Nivel 3				
OBSTETR X ONE CAP 38-1-225	*PRENAT W/O A W/FECBN-BISG- METHYLF-DSS-DHA CAP 38-1-225 MG**	Nivel 3				
ONE VITE TAB 1MG PLUS	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 3				
PHOSLYRA SOL	CALCIUM ACETATE (PHOSPHATE BINDER) ORAL SOLN 667 MG/5ML	Nivel 5				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
PHYTONADIONE TAB 5MG	PHYTONADIONE TAB 5 MG	Nivel 3		X		
PNV TABS TAB 29-1MG	*PRENATAL VIT W/ IRON CARBONYL-FA TAB 29-1 MG***	Nivel 2				
PNV-DHA CAP	*PRENAT W/O A W/FEFUM-METHFOL-FA-DHA CAP 27-0.6-0.4-300 MG**	Nivel 3				
PNV-DHA CAP DOCUSATE	*PRENATAL W/O VIT A W/ FE FUM-DSS-FA-DHA CAP 27-1.25-300 MG*	Nivel 3				
PNV-OMEGA CAP	*PRENAT W/O A W/ FE FUMARATE-METHYLFOLATE-FA-OMEGA 3 CAP***	Nivel 3				
PNV-SELECT TAB	*PRENATAL VIT W/ FE FUM-METHYLFOLATE-FA TAB 27-0.6-0.4 MG***	Nivel 3				
POT CHLORIDE CAP 10MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE CAP ER 10 MEQ	Nivel 2				
POT CHLORIDE CAP 8MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE CAP ER 8 MEQ	Nivel 2				
POT CHLORIDE POW 20MEQ	POTASSIUM CHLORIDE POWDER PACKET 20 MEQ	Nivel 3				
POT CHLORIDE SOL 10%	POTASSIUM CHLORIDE ORAL SOLN 10% (20 MEQ/15ML)	Nivel 2				
POT CHLORIDE SOL 20%	POTASSIUM CHLORIDE ORAL SOLN 20% (40 MEQ/15ML)	Nivel 2				
POT CHLORIDE TAB 10MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYSTALS ER TAB 10 MEQ	Nivel 2				
POT CHLORIDE TAB 10MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE TAB ER 10 MEQ	Nivel 2				
POT CHLORIDE TAB 20MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYSTALS ER TAB 20 MEQ	Nivel 2				
POT CHLORIDE TAB 20MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE TAB ER 20 MEQ (1500 MG)	Nivel 2				
POT CHLORIDE TAB 8MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE TAB ER 8 MEQ (600 MG)	Nivel 2				
POT CITRA ER TAB 1080MG	POTASSIUM CITRATE TAB ER 10 MEQ (1080 MG)	Nivel 3				
POT CITRA ER TAB 1620MG	POTASSIUM CITRATE TAB ER 15 MEQ (1620 MG)	Nivel 3				
POT CITRA ER TAB 540MG	POTASSIUM CITRATE TAB ER 5 MEQ (540 MG)	Nivel 3				
POT CL MICRO TAB 10MEQ CR	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYSTALS ER TAB 10 MEQ	Nivel 2				
POT CL MICRO TAB 10MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYSTALS ER TAB 10 MEQ	Nivel 2				
POT CL MICRO TAB 15MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYSTALS ER TAB 15 MEQ	Nivel 2				
POT CL MICRO TAB 20MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYSTALS ER TAB 20 MEQ	Nivel 2				
PRENA 1 TRUE MIS	*PRENAT W/O A W/FE CHEL-FA TAB 30- 1.4 MG & DHA CAP 300MG PK*	Nivel 3				
PRENA1 CHW	*PRENAT W/ B2-B6-B12-D3-FOLIC ACID CHEW TAB 1.4 MG**	Nivel 3				
PRENA1 PEARL CAP	*PRENAT W/OA W/FEFUM-NA FERED-FA-DHA CAP ER 30-1.4-200 MG***	Nivel 3				
PRENAISSANCE CAP	*PRENATAL W/O VIT A W/ FE FUM-DSS-FA-DHA CAP 29-1.25-325 MG*	Nivel 3				
PRENAISSANCE CAP PLUS	*PRENATAL W/O A W/FE CBN-DSS-FA- DHA CAP 28-1-250 MG***	Nivel 3				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
PRENATAL TAB 27-1MG	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 2				
PRENATAL TAB PLUS	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 2				
PRENATAL 19 CHW 29-1MG	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA CHEW TAB 29-1 MG***	Nivel 2				
PRENATAL 19 TAB 29-1MG	*PRENATAL VIT W/ DSS-FE FUMARATE-FA TAB 29-1 MG***	Nivel 2				
PRENATAL PLS MIS MV + DHA	*PRENAT W/ FE FUM-FA TAB 27-1 MG & OMEGA 3 CAP 312 MG PAK*	Nivel 2				
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 2				
PRENATAL-U CAP 106.5-1	*PRENATAL W/O A VIT W/ FE FUMARATE-FA CAP 106.5-1 MG***	Nivel 3				
PRENATAL+FE TAB 29-1MG	*PRENATAL VIT W/ IRON CARBONYL-FA TAB 29-1 MG***	Nivel 2				
PRENATE CAP ENHANCE	*PRENAT W/O A W/FEFUM-METHFOL-FA-DHA CAP 28-0.6-0.4-400 MG**	Nivel 3				
PRENATE CAP ESSENT	*PRENAT W/O A W/FEASPG-METHFOL-FA-DHA CAP 18-0.6-0.4-300 MG*	Nivel 3				
PRENATE CAP PIXIE	*PRENAT W/O A W/FEASPG-METHFOL-FA-DHA CAP 10-0.6-0.4-200 MG*	Nivel 3				
PRENATE CAP RESTORE	*PRENAT W/O A W/FEFUM-METHFOL-FA-DHA CAP 27-0.6-0.4-400 MG**	Nivel 3				
PRENATE CHW 0.6-0.4	*PRENAT MV & MIN W/ L-METHYLFOLATE-FA CHEW TAB 0.6-0.4 MG***	Nivel 3				
PRENATE TAB ELITE	*PRENATAL W/ FE ASP GLY-L METHYLFOL-FA TAB 20-0.6-0.4 MG***	Nivel 3				
PRENATE AM TAB 1MG	*PRENATAL W/ CALCIUM-VIT B6-VIT B12-FA-GINGER TAB 1 MG***	Nivel 3				
PRENATE DHA CAP	*PRENAT W/O A W/FEASPG-METHFOL-FA-DHA CAP 18-0.6-0.4-300 MG*	Nivel 3				
PRENATE MINI CAP	*PRENAT W/OA W/FECB-FEASP-METH-FA-DHA CAP 18-0.6-0.4-350 MG*	Nivel 3				
PREPLUS TAB 27-1MG	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 2				
PRETAB TAB 29-1MG	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 29-1 MG***	Nivel 3				
PRIMACARE CAP	*PRENAT W/O A W/FEASP-METHLF-FA- OMEG CAP 30-0.75-0.25-470MG*	Nivel 3				
PROVIDA OB CAP	*PRENATAL W/O A W/FE FUM-FE POLY-FA CAP 20-20-1.25 MG***	Nivel 3				
REDICHEW RX CHW	*PRENAT W/ B2-B6-B12-D3-FOLIC ACID CHEW TAB 1.4 MG**	Nivel 3				
SE-NATAL 19 CHW	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA CHEW TAB 29-1 MG***	Nivel 3				
SE-NATAL 19 TAB	*PRENATAL VIT W/ DSS-FE FUMARATE-FA TAB 29-1 MG***	Nivel 3				
SELECT-OB CHW	*PRENAT W/ FEPOLYCMPLX-METHYLFOL-FA CHEW TAB 29-0.6-0.4 MG**	Nivel 3				
SELECT-OB CHW	*PRENATAL VIT W/ FE POLYSAC CMLX-FA CHEW TAB 29-1 MG***	Nivel 3				
SELECT-OB+ PAK DHA	*PRENATAL MV W/FE POLY-FA CHW 29-1 MG & DHA CAP 250 MG PAK *	Nivel 3				
SEVELAMER POW 0.8GM	SEVELAMER CARBONATE PACKET 0.8 GM	Nivel 3				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
SEVELAMER POW 2.4GM	SEVELAMER CARBONATE PACKET 2.4 GM	Nivel 3				
SEVELAMER TAB 400MG	SEVELAMER HCL TAB 400 MG	Nivel 3				
SEVELAMER TAB 800MG	SEVELAMER CARBONATE TAB 800 MG	Nivel 3				
SEVELAMER TAB 800MG	SEVELAMER HCL TAB 800 MG	Nivel 3				
SOD FLUORIDE CHW 0.25MG F	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 0.25 MG F (FROM 0.55 MG NAF)	Nivel 1				H-A
SOD FLUORIDE CHW 0.5MG F	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 0.5 MG F (FROM 1.1 MG NAF)	Nivel 1				H-A
SOD FLUORIDE CHW 1.1MG	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 0.5 MG F (FROM 1.1 MG NAF)	Nivel 1				H-A
SOD FLUORIDE CHW 2.2MG	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 1 MG F (FROM 2.2 MG NAF)	Nivel 1				H-A
SOD FLUORIDE DRO 0.5MG/ML	SODIUM FLUORIDE SOLN 0.5 MG/ML F (FROM 1.1 MG/ML NAF)	Nivel 1				H-A
SOD FLUORIDE TAB 0.5MG F	SODIUM FLUORIDE TAB 0.5 MG F (FROM 1.1 MG NAF)	Nivel 1				H-A
SOD FLUORIDE TAB 1MG F	SODIUM FLUORIDE TAB 1 MG F (FROM 2.2 MG NAF)	Nivel 1				H-A
SOD POLY SUL POW	*SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE POWDER**	Nivel 2				
SPS SUS 15GM/60	SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE ORAL SUSP 15 GM/60ML	Nivel 2				
TARON-C DHA CAP	*PRENATAL W/FE FUM-FE POLY -FA-OMEGA 3 CAP 35-1 MG***	Nivel 5				
TARON-PREX CAP	*PRENATAL W/O VIT A W/ FE FUM-DSS-FA-DHA CAP 30-1.2-265 MG**	Nivel 3				
THRIVITE RX TAB 29-1MG	*PRENATAL VIT W/ IRON CARBONYL-FA TAB 29-1 MG***	Nivel 3				
TRICARE TAB PRENATAL	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 3				
TRIENTINE CAP 250MG	TRIENTINE HCL CAP 250 MG	Nivel 6	X	X		
TRINATAL RX TAB 1	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 60-1 MG***	Nivel 3				
TRINATE TAB	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 28-1 MG***	Nivel 3				
TRISTART DHA CAP	*PRENAT W/O A W/FECBN-METHYLF-FA-DHA CAP 31-0.6-0.4-200 MG**	Nivel 3				
TRISTART ONE CAP 35-1-215	*PRENAT W/O A W/FECBN-METHYLF-FA-DHA CAP 35-1-215 MG***	Nivel 3				
TRIVEEN-DUO PAK DHA	*PRENAT-FE BIS-FE PROT SUCC-FA-CA TAB & OMEGA 3 CAP 300 PK**	Nivel 3				
VELPHORO CHW 500MG	SUCROFERRIC OXYHYDROXIDE CHEW TAB 500 MG	Nivel 3				
VELTASSA POW 16.8GM	PATIROMER SORBITEX CALCIUM FOR SUSP PACKET 16.8 GM (BASE EQ)	Nivel 5	X	X		
VELTASSA POW 25.2GM	PATIROMER SORBITEX CALCIUM FOR SUSP PACKET 25.2 GM (BASE EQ)	Nivel 5	X	X		
VELTASSA POW 8.4GM	PATIROMER SORBITEX CALCIUM FOR SUSP PACKET 8.4 GM (BASE EQ)	Nivel 5	X	X		
VINATE II TAB	*PRENATAL VIT W/ FE BISGLYCINATE CHELATE-FA TAB 29-1 MG***	Nivel 3				
VINATE ONE TAB	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 60-1 MG***	Nivel 3				
VIRT-C DHA CAP	*PRENATAL W/FE FUM-FE POLY -FA-OMEGA 3 CAP 53.5-38-1 MG***	Nivel 2				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
VIRT-NATE CAP DHA	*PRENATAL VIT W/ FE FUM-FA-OMEGA 3 CAP 28-1-200 MG***	Nivel 3				
VIRT-PN DHA CAP	*PRENAT W/O A W/FEFUM-METHFOL-FA-DHA CAP 27-0.6-0.4-300 MG**	Nivel 3				
VIRT-PN PLUS CAP	*PRENAT W/O A W/ FE FUMARATE-METHYLFOLATE-FA-OMEGA 3 CAP***	Nivel 3				
VITAFOL CAP ULTRA	*PRENAT W/FE POLY-METHYLFOL-FA-DHA CAP 29-0.6-0.4-200 MG***	Nivel 3				
VITAFOL CHW GUMMIES	*PRENAT VIT W/ FE PHOS-FA-OMEGA CHEW TAB 3.33-0.333-34.8 MG*	Nivel 3				
VITAFOL FE+ CAP	*PRENAT W/FE POLY-METHYLFOL-FA-DHA CAP 90-0.6-0.4-200 MG***	Nivel 3				
VITAFOL STRP MIS 1MG	*PRENATAL W/ B6-B12-CHOLECALCIFEROL-FOLIC ACID FILM 1 MG**	Nivel 3				
VITAFOL-NANO TAB	*PRENATAL W/O A W/ FEFUM-L METHYLFOL-FA TAB 18-0.6-0.4 MG***	Nivel 3				
VITAFOL-OB PAK +DHA	*PRENATAL MV W/FE FUM-FA TAB 65-1 MG & DHA CAP 250 MG PACK *	Nivel 3				
VITAFOL-OB TAB 65-1MG	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 65-1 MG***	Nivel 3				
VITAFOL-ONE CAP	*PRENATAL MV W/ FE POLYSAC CMLX-FA-DHA CAP 29-1-200 MG***	Nivel 3				
VITAMEDMD CAP ONE RX	*PRENAT W/O A W/FEFUM-METHFOL-FA-DHA CAP 30-0.6-0.4-200 MG**	Nivel 3				
VITAMIN D CAP 1.25MG	ERGOCALCIFEROL CAP 1.25 MG (50000 UNIT)	Nivel 2				
VITAMIN D CAP 50000UNT	ERGOCALCIFEROL CAP 1.25 MG (50000 UNIT)	Nivel 2				
VITAPEARL CAP	*PRENAT W/OA W/FEFUM-NA FERED-FA-DHA CAP ER 30-1.4-200 MG***	Nivel 3				
VITATHELY TAB	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 3				
VITATRUE MIS	*PRENAT W/O A W/FE CHEL-FA TAB 30- 1.4 MG & DHA CAP 300MG PK*	Nivel 3				
VP-PNV-DHA CAP	*PRENATAL VIT W/ FE FUM-FA-OMEGA 3 CAP 28-1-215.8 MG***	Nivel 2				
WESNATAL DHA PAK COMPLETE	*PRENAT-FE BIS-FE PROT SUCC-FA-CA TAB & OMEGA 3 CAP 200 PK**	Nivel 3				
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 3				
WILZIN CAP 25MG	ZINC ACETATE CAP 25 MG (ELEMENTAL ZINC)	Nivel 5				
ZATEAN-PN CAP DHA	*PRENAT W/O A W/FEFUM-METHFOL-FA-DHA CAP 27-0.6-0.4-300 MG**	Nivel 5				
ZATEAN-PN CAP PLUS	*PRENAT W/O A W/ FE FUMARATE-METHYLFOLATE-FA-OMEGA 3 CAP***	Nivel 5				
Agentes gastrointestinales						
ALOSETRON TAB 0.5MG	ALOSETRON HCL TAB 0.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3	X	X		
ALOSETRON TAB 1MG	ALOSETRON HCL TAB 1 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3	X	X		
ALVIMOPAN CAP 12MG	ALVIMOPAN CAP 12 MG	Nivel 3				
BISACODYL TAB 5MG EC	BISACODYL TAB DELAYED RELEASE 5 MG	Nivel 1		X		H
CIMETIDINE SOL 300/5ML	CIMETIDINE HCL SOLN 300 MG/5ML	Nivel 2				
CIMETIDINE SOL 400MG	CIMETIDINE HCL SOLN 300 MG/5ML	Nivel 2				
CIMETIDINE TAB 200MG	CIMETIDINE TAB 200 MG	Nivel 2				
CIMETIDINE TAB 300MG	CIMETIDINE TAB 300 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
CIMETIDINE TAB 400MG	CIMETIDINE TAB 400 MG	Nivel 2				
CIMETIDINE TAB 800MG	CIMETIDINE TAB 800 MG	Nivel 2				
CITROMA SOL LEMONY	MAGNESIUM CITRATE SOLN	Nivel 1		X		H
CLEARLAX POW	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	Nivel 1		X		H
CLENPIQ SOL	SOD PICOSULFATE-MG OX-CITRIC AC SOL 10 MG-3.5 GM-12 GM/160ML	Nivel 5				H*
CLENPIQ SOL	SOD PICOSULFATE-MG OX-CITRIC AC SOL 10 MG-3.5 GM-12 GM/175ML	Nivel 5				H*
CONSTULOSE SOL 10GM/15	LACTULOSE SOLUTION 10 GM/15ML	Nivel 2				
CROMOLYN SOD CON 100/5ML	CROMOLYN SODIUM ORAL CONC 100 MG/5ML	Nivel 3				
CVS PURELAX POW	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	Nivel 1		X		H
DEXLANSOPRAZ CAP 30MG DR	DEXLANSOPRAZOLE CAP DELAYED RELEASE 30 MG	Nivel 3		X		
DEXLANSOPRAZ CAP 60MG DR	DEXLANSOPRAZOLE CAP DELAYED RELEASE 60 MG	Nivel 3		X		
DICYCLOMINE CAP 10MG	DICYCLOMINE HCL CAP 10 MG	Nivel 2				
DICYCLOMINE SOL 10MG/5ML	DICYCLOMINE HCL ORAL SOLN 10 MG/5ML	Nivel 3				
DICYCLOMINE TAB 20MG	DICYCLOMINE HCL TAB 20 MG	Nivel 2				
DIPHEN/ATROP LIQ 2.5/5	DIPHENOXYLATE W/ ATROPINE LIQ 2.5-0.025 MG/5ML	Nivel 3				
DIPHEN/ATROP TAB 2.5MG	DIPHENOXYLATE W/ ATROPINE TAB 2.5-0.025 MG	Nivel 2				
ENULOSE SOL 10GM/15	LACTULOSE (ENCEPHALOPATHY) SOLUTION 10 GM/15ML	Nivel 2				
ESOMEPRA MAG CAP 20MG DR	ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM CAP DELAYED RELEASE 20 MG (BASE EQ)	Nivel 2		X		
ESOMEPRA MAG CAP 40MG DR	ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM CAP DELAYED RELEASE 40 MG (BASE EQ)	Nivel 2		X		
FAMOTIDINE SUS 40MG/5ML	FAMOTIDINE FOR SUSP 40 MG/5ML	Nivel 3				
FAMOTIDINE TAB 20MG	FAMOTIDINE TAB 20 MG	Nivel 2				
FAMOTIDINE TAB 40MG	FAMOTIDINE TAB 40 MG	Nivel 2				
GAVILAX POW	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	Nivel 1		X		H
GAVILYTE-C SOL	PEG 3350-KCL-NA BICARB-NACL-NA SULFATE FOR SOLN 240 GM	Nivel 2		X		H*
GAVILYTE-G SOL	PEG 3350-KCL-NA BICARB-NACL-NA SULFATE FOR SOLN 236 GM	Nivel 2		X		H*
GAVILYTE-N SOL FLAV PK	PEG 3350-KCL-SOD BICARB-NACL FOR SOLN 420 GM	Nivel 2		X		H*
GENERLAC SOL 10GM/15	LACTULOSE (ENCEPHALOPATHY) SOLUTION 10 GM/15ML	Nivel 2				
GENTLELAX POW	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	Nivel 1		X		H
GLYCOLAX POW 3350 NF	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	Nivel 1		X		H
GLYCOPYRROL TAB 1MG	GLYCOPYRROLATE TAB 1 MG	Nivel 2				
GLYCOPYRROL TAB 2MG	GLYCOPYRROLATE TAB 2 MG	Nivel 2				
KRISTALOSE PAK 10GM	LACTULOSE ORAL CRYSTAL PACKET 10 GM	Nivel 5				
KRISTALOSE PAK 20GM	LACTULOSE ORAL CRYSTAL PACKET 20 GM	Nivel 5				
LACTULOSE PAK 10GM	LACTULOSE ORAL CRYSTAL PACKET 10 GM	Nivel 3				
LACTULOSE SOL 10GM/15	LACTULOSE (ENCEPHALOPATHY) SOLUTION 10 GM/15ML	Nivel 2				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
LACTULOSE SOL 10GM/15	LACTULOSE SOLUTION 10 GM/15ML	Nivel 2				
LACTULOSE SOL 20/30ML	LACTULOSE SOLUTION 10 GM/15ML	Nivel 2				
LANSOPR/AMOX PAK /CLARITH	AMOXICIL CAP & CLARITHRO TAB & LANSOPRAZ CAP DR 500 & 500 & 30MG	Nivel 3		X		
LANSOPRAZOLE CAP 15MG DR	LANSOPRAZOLE CAP DELAYED RELEASE 15 MG	Nivel 3		X		
LANSOPRAZOLE CAP 30MG DR	LANSOPRAZOLE CAP DELAYED RELEASE 30 MG	Nivel 3		X		
LINZESS CAP 145MCG	LINACLOTIDE CAP 145 MCG	Nivel 3	X	X		
LINZESS CAP 290MCG	LINACLOTIDE CAP 290 MCG	Nivel 3	X	X		
LINZESS CAP 72MCG	LINACLOTIDE CAP 72 MCG	Nivel 3	X	X		
LOPERAMIDE CAP 2MG	LOPERAMIDE HCL CAP 2 MG	Nivel 2				
LUBIPROSTONE CAP 24MCG	LUBIPROSTONE CAP 24 MCG	Nivel 3		X		
LUBIPROSTONE CAP 8MCG	LUBIPROSTONE CAP 8 MCG	Nivel 3		X		
MAG CITRATE SOL LEMON	MAGNESIUM CITRATE SOLN	Nivel 1		X		H
METHSCOPOLAM TAB 2.5MG	METHSCOPOLAMINE BROMIDE TAB 2.5 MG	Nivel 3				
METHSCOPOLAM TAB 5MG	METHSCOPOLAMINE BROMIDE TAB 5 MG	Nivel 3				
MIRALAX POW 3350 NF	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	Nivel 1		X		H
MISOPROSTOL TAB 100MCG	MISOPROSTOL TAB 100 MCG	Nivel 2				
MISOPROSTOL TAB 200MCG	MISOPROSTOL TAB 200 MCG	Nivel 2				
NIZATIDINE SOL 15MG/ML	NIZATIDINE ORAL SOLN 15 MG/ML	Nivel 3				
OMEPRAZOLE CAP 10MG	OMEPRAZOLE CAP DELAYED RELEASE 10 MG	Nivel 2		X		
OMEPRAZOLE CAP 20MG	OMEPRAZOLE CAP DELAYED RELEASE 20 MG	Nivel 2				
OMEPRAZOLE CAP 40MG	OMEPRAZOLE CAP DELAYED RELEASE 40 MG	Nivel 2				
OPIUM TIN 10MG/ML	OPIUM TINCTURE 1% (10 MG/ML) (MORPHINE EQUIV)	Nivel 3		X		
OSMOPREP TAB 1.5GM	SOD PHOS MONO-SOD PHOS DI TABS 1.102-0.398 GM(1.5GM NA PHOS)	Nivel 5				H*
PANTOPRAZOLE TAB 20MG	PANTOPRAZOLE SODIUM EC TAB 20 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
PANTOPRAZOLE TAB 20MG DR	PANTOPRAZOLE SODIUM EC TAB 20 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
PANTOPRAZOLE TAB 40MG	PANTOPRAZOLE SODIUM EC TAB 40 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
PANTOPRAZOLE TAB 40MG DR	PANTOPRAZOLE SODIUM EC TAB 40 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
PEG-3350 SOL ELECTROL	PEG 3350-KCL-NA BICARB-NACL-NA SULFATE FOR SOLN 236 GM	Nivel 2		X		H*
PEG-3350/KCL SOL /SODIUM	PEG 3350-KCL-SOD BICARB-NACL FOR SOLN 420 GM	Nivel 2		X		H*
PEG/NASUL/C/ SOL NACL/POT	PEG 3350-KCL-NACL-NA SULFATE-NA ASCORBATE-C FOR SOLN 100 GM	Nivel 3		X		H*
PLENVU SOL	PEG 3350-KCL-NACL-NA SULFATE-NA ASCORBATE-C FOR SOLN 140 GM	Nivel 5		X		H*
POLYETH GLYC POW 3350 NF	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	Nivel 1		X		H
RABEPRAZOLE TAB 20MG	RABEPRAZOLE SODIUM EC TAB 20 MG	Nivel 2		X		
RELISTOR INJ 12/0.6ML	METHYLNALTREXONE BROMIDE INJ 12 MG/0.6ML (20 MG/ML)	Nivel 5	X	X		

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
RELISTOR INJ 8/0.4ML	METHYLNALTREXONE BROMIDE INJ 8 MG/0.4ML (20 MG/ML)	Nivel 5	X	X		
SODIUM/POTAS SOL MAGNESIU	SOD SULFATE-POT SULF-MG SULF ORAL SOL 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	Nivel 3		X		H*
SUCRALFATE SUS 1GM/10ML	SUCRALFATE SUSP 1 GM/10ML	Nivel 3	X			
SUCRALFATE TAB 1GM	SUCRALFATE TAB 1 GM	Nivel 2				
SYMPROIC TAB 0.2MG	NALDEMEDINE TOSYLATE TAB 0.2 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3	X	X		
URSODIOL CAP 300MG	URSODIOL CAP 300 MG	Nivel 3				
URSODIOL TAB 250MG	URSODIOL TAB 250 MG	Nivel 3				
URSODIOL TAB 500MG	URSODIOL TAB 500 MG	Nivel 3				
XERMELO TAB 250MG	TELOTRISTAT ETHYL TAB 250 MG (AS TELOTRISTAT ETIPRATE)	Nivel 6	X	X		
ZELNORM TAB 6MG	TEGASEROD MALEATE TAB 6 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 5	X	X		
Trastorno genético o enzimático: Reemplazo, modificadores, tratamiento						
CREON CAP 12000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 12000-38000-60000 UNIT	Nivel 3				
CREON CAP 24000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 24000-76000-120000 UNIT	Nivel 3				
CREON CAP 3000UNIT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 3000-9500-15000 UNIT	Nivel 3				
CREON CAP 36000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 36000-114000-180000 UNIT	Nivel 3				
CREON CAP 6000UNIT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 6000-19000-30000 UNIT	Nivel 3				
CYSTAGON CAP 150MG	CYSTEAMINE BITARTRATE CAP 150 MG	Nivel 6				
CYSTAGON CAP 50MG	CYSTEAMINE BITARTRATE CAP 50 MG	Nivel 6				
MYALEPT INJ 11.3MG	METRELEPTIN FOR SUBCUTANEOUS INJ 11.3 MG	Nivel 6	X	X		
ZENPEP CAP 10000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 10000-32000-42000 UNIT	Nivel 3				
ZENPEP CAP 15000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 15000-47000-63000 UNIT	Nivel 3				
ZENPEP CAP 20000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 20000-63000-84000 UNIT	Nivel 3				
ZENPEP CAP 25000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 25000-79000-105000 UNIT	Nivel 3				
ZENPEP CAP 3000UNIT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 3000-10000-14000 UNIT	Nivel 3				
ZENPEP CAP 40000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 40000-126000-168000 UNIT	Nivel 3				
ZENPEP CAP 5000UNIT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 5000-17000-24000 UNIT	Nivel 3				
Agentes genitourinarios						
ALFUZOSIN TAB 10MG ER	ALFUZOSIN HCL TAB ER 24HR 10 MG	Nivel 2				
BETHANECHOL TAB 10MG	BETHANECHOL CHLORIDE TAB 10 MG	Nivel 2				
BETHANECHOL TAB 25MG	BETHANECHOL CHLORIDE TAB 25 MG	Nivel 2				
BETHANECHOL TAB 50MG	BETHANECHOL CHLORIDE TAB 50 MG	Nivel 2				
BETHANECHOL TAB 5MG	BETHANECHOL CHLORIDE TAB 5 MG	Nivel 2				
CARDURA XL TAB 4MG	DOXAZOSIN MESYLATE TAB ER 24 HR 4 MG (BASE EQUIV)	Nivel 5		X		
CARDURA XL TAB 8MG	DOXAZOSIN MESYLATE TAB ER 24 HR 8 MG (BASE EQUIV)	Nivel 5		X		

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
DARIFENACIN TAB 15MG	DARIFENACIN HYDROBROMIDE TAB ER 24HR 15 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3		X	X	
DARIFENACIN TAB 7.5MG	DARIFENACIN HYDROBROMIDE TAB ER 24HR 7.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3		X	X	
DUTAST/TAMSU CAP 0.5-0.4	DUTASTERIDE-TAMSULOSIN HCL CAP 0.5-0.4 MG	Nivel 3				
DUTASTERIDE CAP 0.5MG	DUTASTERIDE CAP 0.5 MG	Nivel 2		X		
ELMIRON CAP 100MG	PENTOSAN POLYSULFATE SODIUM CAPS 100 MG	Nivel 3				
ENCARE SUP 100MG	Nonoxynol-9 Vaginal Suppos 100 MG	Nivel 1		X		H
FESOTERODINE TAB 4MG ER	FESOTERODINE FUMARATE TAB ER 24HR 4 MG	Nivel 3		X		
FESOTERODINE TAB 8MG ER	FESOTERODINE FUMARATE TAB ER 24HR 8 MG	Nivel 3		X		
FINASTERIDE TAB 5MG	FINASTERIDE TAB 5 MG	Nivel 2				
FLAVOXATE TAB 100MG	FLAVOXATE HCL TAB 100 MG	Nivel 2				
GYNOL II GEL 3%	NONOXYNOL-9 GEL 3%	Nivel 1				H
LITHOSTAT TAB 250MG	ACETOHYDROXAMIC ACID TAB 250 MG	Nivel 5				
MYRBETRIQ SUS 8MG/ML	MIRABEGRON GRANULES FOR ORAL EXTENDED RELEASE SUSP 8 MG/ML	Nivel 5				
MYRBETRIQ TAB 25MG	MIRABEGRON TAB ER 24 HR 25 MG	Nivel 5				
MYRBETRIQ TAB 50MG	MIRABEGRON TAB ER 24 HR 50 MG	Nivel 5				
OXYBUTYNIN SOL 5MG/5ML	OXYBUTYNIN CHLORIDE SOLUTION 5 MG/5ML	Nivel 2				
OXYBUTYNIN SYP 5MG/5ML	OXYBUTYNIN CHLORIDE SYRUP 5 MG/5ML	Nivel 2				
OXYBUTYNIN TAB 10MG ER	OXYBUTYNIN CHLORIDE TAB ER 24HR 10 MG	Nivel 2		X		
OXYBUTYNIN TAB 15MG ER	OXYBUTYNIN CHLORIDE TAB ER 24HR 15 MG	Nivel 2		X		
OXYBUTYNIN TAB 5MG	OXYBUTYNIN CHLORIDE TAB 5 MG	Nivel 2				
OXYBUTYNIN TAB 5MG ER	OXYBUTYNIN CHLORIDE TAB ER 24HR 5 MG	Nivel 2		X		
PENICILLAMIN CAP 250MG	PENICILLAMINE CAP 250 MG	Nivel 6				
PENICILLAMIN TAB 250MG	PENICILLAMINE TAB 250 MG	Nivel 6				
PHENAZO TAB 200MG	PHENAZOPYRIDINE HCL TAB 200 MG	Nivel 2				
PHENAZOPYRID TAB 100MG	PHENAZOPYRIDINE HCL TAB 100 MG	Nivel 2				
PHENAZOPYRID TAB 200MG	PHENAZOPYRIDINE HCL TAB 200 MG	Nivel 2				
PYRIDIDIUM TAB 100MG	PHENAZOPYRIDINE HCL TAB 100 MG	Nivel 5				
PYRIDIDIUM TAB 200MG	PHENAZOPYRIDINE HCL TAB 200 MG	Nivel 5				
SHUR-SEAL GEL 2%	NONOXYNOL-9 GEL 2%	Nivel 1				H
SILODOSIN CAP 4MG	SILODOSIN CAP 4 MG	Nivel 3		X		
SILODOSIN CAP 8MG	SILODOSIN CAP 8 MG	Nivel 3		X		
SOLIFENACIN TAB 10MG	SOLIFENACIN SUCCINATE TAB 10 MG	Nivel 3		X	X	
SOLIFENACIN TAB 5MG	SOLIFENACIN SUCCINATE TAB 5 MG	Nivel 3		X	X	
TADALAFIL TAB 2.5MG	TADALAFIL TAB 2.5 MG	Nivel 3		X		
TADALAFIL TAB 5MG	TADALAFIL TAB 5 MG	Nivel 3		X		
TAMSULOSIN CAP 0.4MG	TAMSULOSIN HCL CAP 0.4 MG	Nivel 2				
TERAZOSIN CAP 10MG	TERAZOSIN HCL CAP 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
TERAZOSIN CAP 1MG	TERAZOSIN HCL CAP 1 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
TERAZOSIN CAP 2MG	TERAZOSIN HCL CAP 2 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
TERAZOSIN CAP 5MG	TERAZOSIN HCL CAP 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
TODAY SPONGE MIS	NONOXYNOL-9 VAGINAL SPONGE 1000 MG	Nivel 1				H
TOLTERODINE TAB 1MG	TOLTERODINE TARTRATE TAB 1 MG	Nivel 2			X	
TOLTERODINE TAB 2MG	TOLTERODINE TARTRATE TAB 2 MG	Nivel 2			X	
TROSPIUM CHL CAP 60MG ER	TROSPIUM CHLORIDE CAP ER 24HR 60 MG	Nivel 3				
TROSPIUM CL TAB 20MG	TROSPIUM CHLORIDE TAB 20 MG	Nivel 2				
VCF VAGINAL AER CONTRACP	NONOXYNOL-9 FOAM 12.5%	Nivel 1				H
VCF VAGINAL GEL CONTRACE	NONOXYNOL-9 GEL 4%	Nivel 1				H
VCF VAGINAL MIS CONTRACP	NONOXYNOL-9 FILM 28%	Nivel 1				H
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (suprarrenales)						
ALA-CORT CRE 2.5%	HYDROCORTISONE CREAM 2.5%	Nivel 2				
ALA-SCALP LOT 2%	HYDROCORTISONE LOTION 2%	Nivel 5				
ALCLOMETASON CRE 0.05%	ALCLOMETASONE DIPROPIONATE CREAM 0.05%	Nivel 2				
ALCLOMETASON OIN 0.05%	ALCLOMETASONE DIPROPIONATE OINT 0.05%	Nivel 2				
AMCINONIDE CRE 0.1%	AMCINONIDE CREAM 0.1%	Nivel 3				
AMCINONIDE LOT 0.1%	AMCINONIDE LOTION 0.1%	Nivel 3				
AMCINONIDE OIN 0.1%	AMCINONIDE OINT 0.1%	Nivel 3				
APEXICON E CRE 0.05%	DIFLORASONE DIACETATE EMOLLIENT BASE CREAM 0.05%	Nivel 3		X		
BETA DIPROP CRE 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED CREAM 0.05%	Nivel 3				
BETA DIPROP GEL 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED GEL 0.05%	Nivel 3				
BETA DIPROP LOT 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED LOTION 0.05%	Nivel 3				
BETA DIPROP OIN 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED OINT 0.05%	Nivel 3				
BETAMETH DIP CRE 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE CREAM 0.05%	Nivel 3				
BETAMETH DIP LOT 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE LOTION 0.05%	Nivel 3				
BETAMETH DIP OIN 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE OINT 0.05%	Nivel 3				
BETAMETH VAL CRE 0.1%	BETAMETHASONE VALERATE CREAM 0.1% (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
BETAMETH VAL LOT 0.1%	BETAMETHASONE VALERATE LOTION 0.1% (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
BETAMETH VAL OIN 0.1%	BETAMETHASONE VALERATE OINT 0.1% (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
CAPEX SHA 0.01%	FLUOCINOLONE ACETONIDE SHAMPOO 0.01%	Nivel 3				
CLOBETASOL CRE 0.05%	CLOBETASOL PROPIONATE CREAM 0.05%	Nivel 3		X		
CLOBETASOL GEL 0.05%	CLOBETASOL PROPIONATE GEL 0.05%	Nivel 3		X		
CLOBETASOL OIN 0.05%	CLOBETASOL PROPIONATE OINT 0.05%	Nivel 3		X		
CLOBETASOL SOL 0.05%	CLOBETASOL PROPIONATE SOLN 0.05%	Nivel 2		X		
CLOBETASOL E CRE 0.05%	CLOBETASOL PROPIONATE EMOLLIENT BASE CREAM 0.05%	Nivel 3		X		
CLOCORTOLONE CRE 0.1%	CLOCORTOLONE PIVALATE CREAM 0.1%	Nivel 3		X	X	

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
CORDRAN 80X3 TAP 4MCG/CM	FLURANDRENOLIDE TAPE 4 MCG/ SQCM	Nivel 5		X		
DESONIDE CRE 0.05%	DESONIDE CREAM 0.05%	Nivel 2		X		
DESONIDE LOT 0.05%	DESONIDE LOTION 0.05%	Nivel 3		X		
DESONIDE OIN 0.05%	DESONIDE OINT 0.05%	Nivel 2		X		
DESOXIMETAS CRE 0.05%	DESOXIMETASONE CREAM 0.05%	Nivel 3		X		
DESOXIMETAS CRE 0.25%	DESOXIMETASONE CREAM 0.25%	Nivel 3		X		
DESOXIMETAS GEL 0.05%	DESOXIMETASONE GEL 0.05%	Nivel 3		X		
DESOXIMETAS OIN 0.05%	DESOXIMETASONE OINT 0.05%	Nivel 3		X		
DESOXIMETAS OIN 0.25%	DESOXIMETASONE OINT 0.25%	Nivel 3		X		
DESOXIMETASO SPR 0.25%	DESOXIMETASONE SPRAY 0.25%	Nivel 3		X		
DEXAMETHASON CON 1MG/ML	DEXAMETHASONE CONC 1 MG/ML	Nivel 2				
DEXAMETHASON ELX 0.5/5ML	DEXAMETHASONE ELIXIR 0.5 MG/5ML	Nivel 2				
DEXAMETHASON SOL 0.5/5ML	DEXAMETHASONE SOLN 0.5 MG/5ML	Nivel 2				
DEXAMETHASON TAB 0.5MG	DEXAMETHASONE TAB 0.5 MG	Nivel 2				
DEXAMETHASON TAB 0.75MG	DEXAMETHASONE TAB 0.75 MG	Nivel 2				
DEXAMETHASON TAB 1.5MG	DEXAMETHASONE TAB 1.5 MG	Nivel 2				
DEXAMETHASON TAB 10-DAY	DEXAMETHASONE TAB THERAPY PACK 1.5 MG (35)	Nivel 2				
DEXAMETHASON TAB 13-DAY	DEXAMETHASONE TAB THERAPY PACK 1.5 MG (51)	Nivel 2				
DEXAMETHASON TAB 1MG	DEXAMETHASONE TAB 1 MG	Nivel 2				
DEXAMETHASON TAB 2MG	DEXAMETHASONE TAB 2 MG	Nivel 2				
DEXAMETHASON TAB 4MG	DEXAMETHASONE TAB 4 MG	Nivel 2				
DEXAMETHASON TAB 6-DAY	DEXAMETHASONE TAB THERAPY PACK 1.5 MG (21)	Nivel 2				
DEXAMETHASON TAB 6MG	DEXAMETHASONE TAB 6 MG	Nivel 2				
DIFLORASONE CRE 0.05%	DIFLORASONE DIACETATE CREAM 0.05%	Nivel 3		X		
EMFLAZA SUS 22.75/ML	DEFLAZACORT SUSP 22.75 MG/ML	Nivel 6	X			
EMFLAZA TAB 18MG	DEFLAZACORT TAB 18 MG	Nivel 6	X			
EMFLAZA TAB 30MG	DEFLAZACORT TAB 30 MG	Nivel 6	X			
EMFLAZA TAB 36MG	DEFLAZACORT TAB 36 MG	Nivel 6	X			
EMFLAZA TAB 6MG	DEFLAZACORT TAB 6 MG	Nivel 6	X			
FLUDROCORT TAB 0.1MG	FLUDROCORTISONE ACETATE TAB 0.1 MG	Nivel 2				
FLUOCIN ACET CRE 0.01%	FLUOCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.01%	Nivel 2		X		
FLUOCIN ACET CRE 0.025%	FLUOCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.025%	Nivel 2		X		
FLUOCIN ACET OIL BODY	FLUOCINOLONE ACETONIDE OIL 0.01% (BODY OIL)	Nivel 3		X		
FLUOCIN ACET OIL SCALP	FLUOCINOLONE ACETONIDE OIL 0.01% (SCALP OIL)	Nivel 3		X		
FLUOCIN ACET OIN 0.025%	FLUOCINOLONE ACETONIDE OINT 0.025%	Nivel 2		X		
FLUOCIN ACET SOL 0.01%	FLUOCINOLONE ACETONIDE SOLN 0.01%	Nivel 3		X		
FLUOCINONIDE CRE 0.05%	FLUOCINONIDE CREAM 0.05%	Nivel 3		X		
FLUOCINONIDE CRE E 0.05%	FLUOCINONIDE EMULSIFIED BASE CREAM 0.05%	Nivel 3		X		
FLUOCINONIDE GEL 0.05%	FLUOCINONIDE GEL 0.05%	Nivel 3		X		
FLUOCINONIDE OIN 0.05%	FLUOCINONIDE OINT 0.05%	Nivel 3		X		
FLUOCINONIDE SOL 0.05%	FLUOCINONIDE SOLN 0.05%	Nivel 3		X		
FLURANDRENOL LOT 0.05%	FLURANDRENOLIDE LOTION 0.05%	Nivel 3		X	X	

REFERENCIA: **H**: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
FLURANDRENOL OIN 0.05%	FLURANDRENOLIDE OINT 0.05%	Nivel 3			X	
FLUTICASONE CRE 0.05%	FLUTICASONE PROPIONATE CREAM 0.05%	Nivel 2				
FLUTICASONE OIN 0.005%	FLUTICASONE PROPIONATE OINT 0.005%	Nivel 2				
HALOBETASOL CRE 0.05%	HALOBETASOL PROPIONATE CREAM 0.05%	Nivel 3		X		
HALOBETASOL OIN 0.05%	HALOBETASOL PROPIONATE OINT 0.05%	Nivel 3		X		
HC BUTYRATE CRE 0.1%	HYDROCORTISONE BUTYRATE CREAM 0.1%	Nivel 3		X		
HC BUTYRATE OIN 0.1%	HYDROCORTISONE BUTYRATE OINT 0.1%	Nivel 3				
HC BUTYRATE SOL 0.1%	HYDROCORTISONE BUTYRATE SOLN 0.1%	Nivel 3				
HC VALERATE CRE 0.2%	HYDROCORTISONE VALERATE CREAM 0.2%	Nivel 3		X		
HC VALERATE OIN 0.2%	HYDROCORTISONE VALERATE OINT 0.2%	Nivel 3		X		
HYDROCORT CRE 2.5%	HYDROCORTISONE CREAM 2.5%	Nivel 2				
HYDROCORT LOT 2.5%	HYDROCORTISONE LOTION 2.5%	Nivel 2				
HYDROCORT OIN 1%	HYDROCORTISONE OINT 1%	Nivel 2				
HYDROCORT OIN 2.5%	HYDROCORTISONE OINT 2.5%	Nivel 2				
HYDROCORT TAB 10MG	HYDROCORTISONE TAB 10 MG	Nivel 2				
HYDROCORT TAB 20MG	HYDROCORTISONE TAB 20 MG	Nivel 2				
HYDROCORT TAB 5MG	HYDROCORTISONE TAB 5 MG	Nivel 2				
METHYLPRED TAB 16MG	METHYLPREDNISOLONE TAB 16 MG	Nivel 2				
METHYLPRED TAB 32MG	METHYLPREDNISOLONE TAB 32 MG	Nivel 2				
METHYLPRED TAB 4MG	METHYLPREDNISOLONE TAB 4 MG	Nivel 2				
METHYLPRED TAB 4MG	METHYLPREDNISOLONE TAB THERAPY PACK 4 MG (21)	Nivel 2				
METHYLPRED TAB 8MG	METHYLPREDNISOLONE TAB 8 MG	Nivel 2				
MOMETASONE CRE 0.1%	MOMETASONE FUROATE CREAM 0.1%	Nivel 2				
MOMETASONE OIN 0.1%	MOMETASONE FUROATE OINT 0.1%	Nivel 2				
MOMETASONE SOL 0.1%	MOMETASONE FUROATE SOLUTION 0.1% (LOTION)	Nivel 2				
NOLIX LOT 0.05%	FLURANDRENOLIDE LOTION 0.05%	Nivel 3		X	X	
PANDEL CRE 0.1%	HYDROCORTISONE PROBUTATE CREAM 0.1%	Nivel 5				
PRED SOD PHO SOL 5MG/5ML	PREDNISOLONE SOD PHOSPH ORAL SOLN 6.7 MG/5ML (5 MG/5ML BASE)	Nivel 2				
PREDNICARBAT CRE 0.1%	PREDNICARBATE CREAM 0.1%	Nivel 3				
PREDNICARBAT OIN 0.1%	PREDNICARBATE OINT 0.1%	Nivel 3				
PREDNISOLONE SOL 10MG/5ML	PREDNISOLONE SOD PHOSPHATE ORAL SOLN 10 MG/5ML (BASE EQUIV)	Nivel 2				
PREDNISOLONE SOL 15MG/5ML	PREDNISOLONE SOD PHOSPHATE ORAL SOLN 15 MG/5ML (BASE EQUIV)	Nivel 2				
PREDNISOLONE SOL 15MG/5ML	PREDNISOLONE SOLN 15 MG/5ML	Nivel 2				
PREDNISOLONE SOL 20MG/5ML	PREDNISOLONE SOD PHOSPHATE ORAL SOLN 20 MG/5ML (BASE EQUIV)	Nivel 2				
PREDNISOLONE SOL 25MG/5ML	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE ORAL SOLN 25 MG/5ML (BASE EQ)	Nivel 2				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
PREDNISOLONE TAB 10MG ODT	PREDNISOLONE SOD PHOS ORALLY DISINTEGR TAB 10 MG (BASE EQ)	Nivel 3				
PREDNISOLONE TAB 15MG ODT	PREDNISOLONE SOD PHOS ORALLY DISINTEGR TAB 15 MG (BASE EQ)	Nivel 3				
PREDNISOLONE TAB 30MG ODT	PREDNISOLONE SOD PHOS ORALLY DISINTEGR TAB 30 MG (BASE EQ)	Nivel 3				
PREDNISOLONE TAB 5MG	PREDNISOLONE TAB 5 MG	Nivel 3				
PREDNISONONE CON 5MG/ML	PREDNISONONE CONC 5 MG/ML	Nivel 3				
PREDNISONONE PAK 10MG	PREDNISONONE TAB THERAPY PACK 10 MG (21)	Nivel 2				
PREDNISONONE PAK 10MG	PREDNISONONE TAB THERAPY PACK 10 MG (48)	Nivel 2				
PREDNISONONE PAK 5MG	PREDNISONONE TAB THERAPY PACK 5 MG (21)	Nivel 2				
PREDNISONONE PAK 5MG	PREDNISONONE TAB THERAPY PACK 5 MG (48)	Nivel 2				
PREDNISONONE SOL 5MG/5ML	PREDNISONONE ORAL SOLN 5 MG/5ML	Nivel 3				
PREDNISONONE TAB 10MG	PREDNISONONE TAB 10 MG	Nivel 2				
PREDNISONONE TAB 1MG	PREDNISONONE TAB 1 MG	Nivel 2				
PREDNISONONE TAB 2.5MG	PREDNISONONE TAB 2.5 MG	Nivel 2				
PREDNISONONE TAB 20MG	PREDNISONONE TAB 20 MG	Nivel 2				
PREDNISONONE TAB 50MG	PREDNISONONE TAB 50 MG	Nivel 2				
PREDNISONONE TAB 5MG	PREDNISONONE TAB 5 MG	Nivel 2				
TEXACORT SOL 2.5%	HYDROCORTISONE SOLN 2.5%	Nivel 3				
TRIAMCINOLON CRE 0.025%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.025%	Nivel 2		X		
TRIAMCINOLON CRE 0.1%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.1%	Nivel 2		X		
TRIAMCINOLON CRE 0.5%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.5%	Nivel 2		X		
TRIAMCINOLON LOT 0.025%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE LOTION 0.025%	Nivel 2				
TRIAMCINOLON LOT 0.1%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE LOTION 0.1%	Nivel 2				
TRIAMCINOLON OIN 0.025%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE OINT 0.025%	Nivel 2				
TRIAMCINOLON OIN 0.1%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE OINT 0.1%	Nivel 2				
TRIAMCINOLON OIN 0.5%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE OINT 0.5%	Nivel 2				
TRIDERM CRE 0.1%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.1%	Nivel 2		X		
TRIDERM CRE 0.5%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.5%	Nivel 2		X		
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (pituitaria)						
CABERGOLINE TAB 0.5MG	CABERGOLINE TAB 0.5 MG	Nivel 3				
CLOMID TAB 50MG	CLOMIPHENE CITRATE TAB 50 MG	Nivel 3	X			
CLOMIPHENE TAB 50MG	CLOMIPHENE CITRATE TAB 50 MG	Nivel 3	X			
DDAVP SOL 0.01%	DESMOPRESSIN ACETATE NASAL SOLN 0.01% (REFRIGERATED)	Nivel 5				
DESMOPRESSIN INJ 40/10ML	DESMOPRESSIN ACETATE INJ 4 MCG/ ML	Nivel 3				
DESMOPRESSIN INJ 4MCG/ML	DESMOPRESSIN ACETATE INJ 4 MCG/ ML	Nivel 3				
DESMOPRESSIN INJ 4MCG/ML	DESMOPRESSIN ACETATE PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 4 MCG/ ML	Nivel 3				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
DESMOPRESSIN SPR 0.01%	DESMOPRESSIN ACETATE NASAL SPRAY SOLN 0.01%	Nivel 3				
DESMOPRESSIN SPR 0.01%	DESMOPRESSIN ACETATE NASAL SPRAY SOLN 0.01% (REFRIGERATED)	Nivel 3				
DESMOPRESSIN TAB 0.1MG	DESMOPRESSIN ACETATE TAB 0.1 MG	Nivel 2				
DESMOPRESSIN TAB 0.2MG	DESMOPRESSIN ACETATE TAB 0.2 MG	Nivel 2				
INCRELEX INJ 40MG/4ML	MECASERMIN INJ 40 MG/4ML (10 MG/ ML)	Nivel 6	X	X		
NOCDURNA SUB 27.7MCG	DESMOPRESSIN ACETATE SUBLINGUAL TAB 27.7 MCG	Nivel 5	X	X		
NOCDURNA SUB 55.3MCG	DESMOPRESSIN ACETATE SUBLINGUAL TAB 55.3 MCG	Nivel 5	X	X		
NUTROPIN AQ INJ 10MG/2ML	SOMATROPIN SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/2ML	Nivel 4	X	X		
NUTROPIN AQ INJ 20MG/2ML	SOMATROPIN SOLUTION PEN-INJECTOR 20 MG/2ML	Nivel 4	X	X		
NUTROPIN AQ INJ NUSPIN 5	SOMATROPIN SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MG/2ML	Nivel 4	X	X		
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (prostaglandinas)						
MIFEPREX TAB 200MG	MIFEPRISTONE TAB 200 MG	Nivel 3				
MIFEPRISTONE TAB 200MG	MIFEPRISTONE TAB 200 MG	Nivel 2				
PREPIDIL GEL 0.5MG/3G	DINOPROSTONE CERVICAL GEL 0.5 MG/3GM	Nivel 5				
PROSTIN E2 SUP 20MG	DINOPROSTONE VAGINAL SUPPOS 20 MG	Nivel 5				
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (hormonas sexuales/modificadores)						
AFIRMELLE TAB 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
AFTERA TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				H
AFTERPILL TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				H
ALTAVERA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				H
ALYACEN TAB 1/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				H
ALYACEN TAB 7/7/7	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35/0.75-35/1-35 MG-MCG	Nivel 1				H
AMABELZ TAB 0.5-0.1	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 0.5-0.1 MG	Nivel 3				
AMABELZ TAB 1-0.5MG	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 1-0.5 MG	Nivel 3				
AMETHIA TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				H
AMETHYST TAB 90-20MCG	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (CONTINUOUS) TAB 90-20 MCG	Nivel 1				H
ANDRODERM DIS 2MG/24HR	TESTOSTERONE TD PATCH 24HR 2 MG/24HR	Nivel 3	X	X		
ANDRODERM DIS 4MG/24HR	TESTOSTERONE TD PATCH 24HR 4 MG/24HR	Nivel 3	X	X		
ANGELIQ TAB 0.25-0.5	DROSPIRENONE-ESTRADIOL TAB 0.25- 0.5 MG	Nivel 5				
ANGELIQ TAB 0.5-1MG	DROSPIRENONE-ESTRADIOL TAB 0.5-1 MG	Nivel 5				
APRI TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				H
ARANELLE TAB	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35/1-35/0.5-35 MG-MCG	Nivel 1				H

REFERENCIA: **H**: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
ASHLYNA TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				H
AUBRA TAB 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
AUBRA EQ TAB 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
AUROVELA TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				H
AUROVELA TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
AUROVELA 24 TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				H
AUROVELA FE TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				H
AUROVELA FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
AVIANE TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
AYUNA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				H
AZURETTE TAB	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG(21/5)	Nivel 1				H
AZURETTE TAB 28 DAY	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG(21/5)	Nivel 1				H
BALCOLTRA TAB 0.1-20	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 0.1 MG-20 MCG (21)	Nivel 1				H
BALZIVA TAB	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.4 MG-35 MCG	Nivel 1				H
BLISOVI 24 TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				H
BLISOVI FE TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				H
BLISOVI FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
BRIELLYN TAB	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.4 MG-35 MCG	Nivel 1				H
CAMILA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				H
CAMRESE TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				H
CAMRESE LO TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.1-0.02MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				H
CAZIANP PAK	DESOGEST-ETHIN EST TAB 0.1-0.025/0.125-0.025/0.15-0.025MG-MG	Nivel 1				H
CHARLOTTE 24 CHW FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETH ESTRADIOL-FE CHEW TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				H
CHATEAL TAB 0.15/30	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				H
CHATEAL EQ TAB 0.15/30	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				H
CLIMARA PRO DIS WEEKLY	ESTRADIOL-LEVONORGESTREL TD PATCH WEEKLY 0.045-0.015 MG/DAY	Nivel 5		X		
COMBIPATCH DIS	ESTRADIOL-NORETHINDRONE ACE TD PTTW 0.05-0.14 MG/DAY	Nivel 5		X		
COMBIPATCH DIS	ESTRADIOL-NORETHINDRONE ACE TD PTTW 0.05-0.25 MG/DAY	Nivel 5		X		
CRYSSELLE-28 TAB 28 TABS	NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.3 MG-30 MCG	Nivel 1				H

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
CYCLAFEM TAB 1/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				H
CYCLAFEM TAB 7/7/7	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35/0.75-35/1-35 MG-MCG	Nivel 1				H
CYRED TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				H
CYRED EQ TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				H
DANAZOL CAP 100MG	DANAZOL CAP 100 MG	Nivel 3				
DANAZOL CAP 200MG	DANAZOL CAP 200 MG	Nivel 3				
DANAZOL CAP 50MG	DANAZOL CAP 50 MG	Nivel 3				
DASETTA TAB 1/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				H
DASETTA TAB 7/7/7	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35/0.75-35/1-35 MG-MCG	Nivel 1				H
DAYSEE TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15- 0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				H
DEBLITANE TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				H
DELESTROGEN INJ 10MG/ML	ESTRADIOL VALERATE IM IN OIL 10 MG/ML	Nivel 5				
DELYLA TAB 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
DEPO-ESTRADI INJ 5MG/ML	ESTRADIOL CYPIONATE IM IN OIL 5 MG/ML	Nivel 5				
DEPO-SQ PROV INJ 104	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE SUSP PREF SYR 104 MG/0.65ML	Nivel 1		X		H
DESO/ETHINYL TAB ESTRADIO	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG(21/5)	Nivel 1				H
DESO/ETHINYL TAB ESTRADIO	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				H
DOLISHALE TAB 90-20MCG	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (CONTINUOUS) TAB 90- 20 MCG	Nivel 1				H
DOTTI DIS 0.025MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR	Nivel 3		X		
DOTTI DIS 0.0375MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.0375 MG/24HR	Nivel 3		X		
DOTTI DIS 0.05MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.05 MG/24HR	Nivel 3		X		
DOTTI DIS 0.075MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.075 MG/24HR	Nivel 3		X		
DOTTI DIS 0.1MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.1 MG/24HR	Nivel 3		X		
DROS/ETH EST TAB LEVOMEFO	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRAD- LEVOMEFOLATE TAB 3-0.03-0.451 MG	Nivel 1				H
DROSPIR/ETHI TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	Nivel 1				H
DROSPIR/ETHI TAB 3-0.03MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.03 MG	Nivel 1				H
DROSPIRE/ETH TAB ESTR/LEV	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRAD- LEVOMEFOLATE TAB 3-0.02-0.451 MG	Nivel 1				H
DUAVEE TAB 0.45-20	CONJUGATED ESTROGENS- BAZEDOXIFENE TAB 0.45-20 MG	Nivel 5		X		
ECONTRA EZ TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				H
ECONTRA OS TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				H
ELINEST TAB	NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.3 MG-30 MCG	Nivel 1				H
ELLA TAB 30MG	ULIPRISTAL ACETATE TAB 30 MG	Nivel 1		X		H

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
ELURYNG MIS	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.120-0.015 MG/24HR	Nivel 1				H
EMOQUETTE TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				H
ENPRESSE-28 TAB	LEVONORGESTREL-ETH ESTRA TAB 0.05-30/0.075-40/0.125-30MG-MCG	Nivel 1				H
ENSKYCE TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				H
ERRIN TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				H
ESTARYLLA TAB 0.25-35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				H
ESTRA/NORETH TAB 0.5-0.1	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 0.5-0.1 MG	Nivel 3				
ESTRA/NORETH TAB 1-0.5MG	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 1-0.5 MG	Nivel 3				
ESTRAD VAL INJ 10MG/ML	ESTRADIOL VALERATE IM IN OIL 10 MG/ML	Nivel 3				
ESTRAD VAL INJ 200MG/5	ESTRADIOL VALERATE IM IN OIL 40 MG/ML	Nivel 2				
ESTRAD VAL INJ 20MG/ML	ESTRADIOL VALERATE IM IN OIL 20 MG/ML	Nivel 2				
ESTRAD VAL INJ 40MG/ML	ESTRADIOL VALERATE IM IN OIL 40 MG/ML	Nivel 2				
ESTRADIOL CRE 0.01%	ESTRADIOL VAGINAL CREAM 0.1 MG/ GM	Nivel 3				
ESTRADIOL DIS 0.025MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR	Nivel 3		X		
ESTRADIOL DIS 0.025MG	ESTRADIOL TD PATCH WEEKLY 0.025 MG/24HR	Nivel 2		X		
ESTRADIOL DIS 0.0375MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.0375 MG/24HR	Nivel 3		X		
ESTRADIOL DIS 0.0375MG	ESTRADIOL TD PATCH WEEKLY 0.0375 MG/24HR (37.5 MCG/24HR)	Nivel 2		X		
ESTRADIOL DIS 0.05MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.05 MG/24HR	Nivel 3		X		
ESTRADIOL DIS 0.05MG	ESTRADIOL TD PATCH WEEKLY 0.05 MG/24HR	Nivel 2		X		
ESTRADIOL DIS 0.06MG	ESTRADIOL TD PATCH WEEKLY 0.06 MG/24HR	Nivel 2		X		
ESTRADIOL DIS 0.075MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.075 MG/24HR	Nivel 3		X		
ESTRADIOL DIS 0.075MG	ESTRADIOL TD PATCH WEEKLY 0.075 MG/24HR	Nivel 2		X		
ESTRADIOL DIS 0.1MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.1 MG/24HR	Nivel 3		X		
ESTRADIOL DIS 0.1MG	ESTRADIOL TD PATCH WEEKLY 0.1 MG/24HR	Nivel 2		X		
ESTRADIOL TAB 0.5MG	ESTRADIOL TAB 0.5 MG	Nivel 2				
ESTRADIOL TAB 10MCG	ESTRADIOL VAGINAL TAB 10 MCG	Nivel 3		X		
ESTRADIOL TAB 1MG	ESTRADIOL TAB 1 MG	Nivel 2				
ESTRADIOL TAB 2MG	ESTRADIOL TAB 2 MG	Nivel 2				
ESTRING MIS 2MG	ESTRADIOL VAGINAL RING 2 MG (7.5 MCG/24HRS)	Nivel 3		X		
ESTRING MIS 7.5/24HR	ESTRADIOL VAGINAL RING 2 MG (7.5 MCG/24HRS)	Nivel 3		X		
ETHY ETH EST TAB 1-35	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				H
ETHYNODIOL TAB 1-50	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-50 MCG	Nivel 1				H

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
ETONOGESTREL MIS ETHY EST	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.120-0.015 MG/24HR	Nivel 1				H
FALMINA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
FAYOSIM TAB	LEVONOR-ETH EST TAB 0.15- 0.02/0.025/0.03 MG Ð EST 0.01 MG	Nivel 1				H
FEMRING MIS 0.05/24H	ESTRADIOL ACETATE VAGINAL RING 0.05 MG/24HR	Nivel 5		X		
FEMRING MIS 0.1MG/24	ESTRADIOL ACETATE VAGINAL RING 0.1 MG/24HR	Nivel 5		X		
FEMYNOR TAB 0.25-35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				H
FINZALA CHW FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETH ESTRADIOL-FE CHEW TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				H
FYAVOLV TAB 0.5-2.5	NORETHINDRONE ACETATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.5 MG-2.5 MCG	Nivel 3				
FYAVOLV TAB 1-5	NORETHINDRONE ACETATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-5 MCG	Nivel 3				
GEMMILY CAP 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE CAP 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				H
HAILEY TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				H
HAILEY 24 TAB FE	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				H
HAILEY FE TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				H
HAILEY FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
HALOETTE MIS	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.120-0.015 MG/24HR	Nivel 1				H
HEATHER TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				H
ICLEVIA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	Nivel 1				H
INCASSIA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				H
INTROVALE TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	Nivel 1				H
ISIBLOOM TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				H
JAIMIESS TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15- 0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				H
JASMIEL TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	Nivel 1				H
JENCYCLA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				H
JINTELI TAB 1MG-5MCG	NORETHINDRONE ACETATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-5 MCG	Nivel 3				
JOLESSA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	Nivel 1				H
JULEBER TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				H
JUNEL 1.5/30 TAB	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				H
JUNEL 1/20 TAB	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				H

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
JUNEL FE TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				H
JUNEL FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
JUNEL FE 24 TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				H
KAITLIB FE CHW	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.8 MG-25 MCG	Nivel 1				H
KALLIGA TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				H
KARIVA TAB 28 DAY	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG(21/5)	Nivel 1				H
KELNOR TAB 1/35	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				H
KELNOR 1/50 TAB	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-50 MCG	Nivel 1				H
KURVELO TAB 0.15/30	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				H
KYLEENA IUD 19.5MG	LEVONORGESTREL RELEASING IUD 17.5 MCG/DAY (19.5 MG TOTAL)	Nivel 1				H-M
LARIN TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				H
LARIN TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
LARIN 24 TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				H
LARIN FE TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				H
LARIN FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
LARISSIA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
LAYOLIS FE CHW	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.8 MG-25 MCG	Nivel 1				H
LEENA TAB	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35/1-35/0.5-35 MG-MCG	Nivel 1				H
LESSINA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
LEVO-ETH EST TAB 90-20MCG	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (CONTINUOUS) TAB 90- 20 MCG	Nivel 1				H
LEVONEST TAB	LEVONORGESTREL-ETH ESTRA TAB 0.05-30/0.075-40/0.125-30MG-MCG	Nivel 1				H
LEVONOR/ETHI TAB	LEVONORGESTREL-ETH ESTRA TAB 0.05-30/0.075-40/0.125-30MG-MCG	Nivel 1				H
LEVONOR/ETHI TAB 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO	LEVONOR-ETH EST TAB 0.15- 0.02/0.025/0.03 MG & ETH EST 0.01 MG	Nivel 1				H
LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO	LEVONORG-ETH EST TAB 0.1- 0.02MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				H
LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15- 0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				H
LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	Nivel 1				H
LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				H

REFERENCIA: **H**: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
LEVONORGESTR TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				H
LEVORA-28 TAB 0.15/30	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				H
LILETTA IUD 52MG	LEVONORGESTREL IUD 20.1 MCG/DAY (INITIAL) (52 MG TOTAL)	Nivel 1				H-M
LILLOW TAB 0.15/30	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				H
LO LOESTRIN TAB 1-10-10	NORETHIN-ETH ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-10 MCG (24)/10 MCG (2)	Nivel 1				H
LO-ZUMANDIMI TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	Nivel 1				H
LOJAIMIESS TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.1-0.02MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				H
LORYNA TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	Nivel 1				H
LOW-OGESTREL TAB	NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.3 MG-30 MCG	Nivel 1				H
LUTERA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
LYLEQ TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				H
LYLLANA DIS 0.025MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR	Nivel 3		X		
LYLLANA DIS 0.0375MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.0375 MG/24HR	Nivel 3		X		
LYLLANA DIS 0.05MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.05 MG/24HR	Nivel 3		X		
LYLLANA DIS 0.075MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.075 MG/24HR	Nivel 3		X		
LYLLANA DIS 0.1MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.1 MG/24HR	Nivel 3		X		
LYZA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				H
MARLISSA TAB 0.15/30	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				H
MEDROXYPR AC INJ 150MG/ML	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE IM SUSP 150 MG/ML	Nivel 1		X		H
MEDROXYPR AC INJ 150MG/ML	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE IM SUSP PREFILLED SYR 150 MG/ML	Nivel 1				H
MEDROXYPR AC TAB 10MG	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TAB 10 MG	Nivel 2				
MEDROXYPR AC TAB 2.5MG	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TAB 2.5 MG	Nivel 2				
MEDROXYPR AC TAB 5MG	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TAB 5 MG	Nivel 2				
MEGESTROL SUS 625MG/5M	MEGESTROL ACETATE SUSP 625 MG/5ML	Nivel 3				
MEGESTROL AC SUS 400MG/10	MEGESTROL ACETATE SUSP 40 MG/ML	Nivel 2				
MEGESTROL AC SUS 40MG/ML	MEGESTROL ACETATE SUSP 40 MG/ML	Nivel 2				
MEGESTROL AC SUS 800MG/20	MEGESTROL ACETATE SUSP 40 MG/ML	Nivel 2				
MEGESTROL AC TAB 20MG	MEGESTROL ACETATE TAB 20 MG	Nivel 2				
MEGESTROL AC TAB 40MG	MEGESTROL ACETATE TAB 40 MG	Nivel 2				
MERZEE CAP 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE CAP 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				H
METHITEST TAB 10MG	METHYLTESTOSTERONE ORAL TAB 10 MG	Nivel 3				
METHYLTESTOS CAP 10MG	METHYLTESTOSTERONE CAP 10 MG	Nivel 3				

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
MIBELAS 24 CHW FE	NORETHINDRONE ACE-ETH ESTRADIOL-FE CHEW TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				H
MICRGSTIN 24 TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				H
MICROGESTIN TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				H
MICROGESTIN TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
MICROGESTIN TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
MICROGESTIN TAB FE1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				H
MILI TAB 0.25/35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				H
MIMVEY TAB 1-0.5MG	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 1-0.5 MG	Nivel 3				
MIRENA IUD SYSTEM	LEVONORGESTREL IUD 20 MCG/DAY (INITIAL) (52 MG TOTAL)	Nivel 1				H-M
MONO-LINYAH TAB 0.25-35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				H
MY CHOICE TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				H
MY WAY TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				H
NATAZIA TAB	ESTRADIOL VALERATE-DIENOGEST TAB 3 MG /2-2 MG/2-3 MG/1 MG	Nivel 1				H
NECON TAB 0.5/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.5 MG-35 MCG	Nivel 1				H
NEW DAY TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				H
NEXPLANON IMP 68MG	ETONOGESTREL SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	Nivel 1		X		H-M
NEXTSTELLIS TAB 3-14.2MG	DROSPIRENONE-ESTETROL TAB 3-14.2 MG	Nivel 1				H
NIKKI TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	Nivel 1				H
NOR/EST/FF TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				H
NORA-BE TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				H
NORE/ETH/FER CAP 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE CAP 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				H
NORE/ETH/FER CHW 0.4MG-35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.4 MG-35 MCG	Nivel 1				H
NORETH/ETHIN CHW FE	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.8 MG-25 MCG	Nivel 1				H
NORETH/ETHIN CHW FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETH ESTRADIOL-FE CHEW TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				H
NORETH/ETHIN TAB 0.5-2.5	NORETHINDRONE ACETATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.5 MG-2.5 MCG	Nivel 3				
NORETH/ETHIN TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				H
NORETH/ETHIN TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
NORETH/ETHIN TAB 1MG-5MCG	NORETHINDRONE ACETATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-5 MCG	Nivel 3				
NORETH/ETHIN TAB FE	NORETHINDRONE AC-ETHINYL ESTRAD-FE TAB 1-20/1-30/1-35 MG- MCG	Nivel 1				H
NORETH/ETHIN TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				H

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
NORETHIN ACE TAB 5MG	NORETHINDRONE ACETATE TAB 5 MG	Nivel 2				
NORETHINDRON TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				H
NORGEST/ETHI TAB 0.25/35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				H
NORGEST/ETHI TAB ESTRADIO	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25/0.215-25/0.25-25 MG-MCG	Nivel 1				H
NORGEST/ETHI TAB ESTRADIO	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				H
NORLYDA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				H
NORLYROC TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				H
NORTREL TAB 0.5/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.5 MG-35 MCG	Nivel 1				H
NORTREL TAB 1/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				H
NORTREL TAB 7/7/7	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35/0.75-35/1-35 MG-MCG	Nivel 1				H
NYLIA TAB 1/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				H
NYLIA TAB 7/7/7	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35/0.75-35/1-35 MG-MCG	Nivel 1				H
NYMYO TAB 0.25-35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				H
OCELLA TAB 3-0.03MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.03 MG	Nivel 1				H
OPCICON TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				H
OPTION 2 TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				H
ORSYTHIA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
OSPHENA TAB 60MG	OSPEMIFENE TAB 60 MG	Nivel 5	X	X		
OXANDROLONE TAB 10MG	OXANDROLONE TAB 10 MG	Nivel 3		X		
OXANDROLONE TAB 2.5MG	OXANDROLONE TAB 2.5 MG	Nivel 3		X		
PHILITH TAB 0.4-35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.4 MG-35 MCG	Nivel 1				H
PIMTREA TAB	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG(21/5)	Nivel 1				H
PIRMELLA TAB 1/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				H
PIRMELLA TAB 7/7/7	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35/0.75-35/1-35 MG-MCG	Nivel 1				H
PLAN B TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				H
PORTIA-28 TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				H
PREFEST TAB	ESTRADIOL TAB 1 MG(15)/ESTRAD- NORGESTIMATE TAB 1-0.09MG(15)	Nivel 3				
PREMARIN VAG CRE 0.625MG	ESTROGENS, CONJUGATED VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM	Nivel 5				
PREMPHASE TAB	CONJ EST 0.625(14)/CONJ EST- MEDROXYPRO AC TAB 0.625-5MG(14)	Nivel 5		X		
PREVIFEM TAB	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				H
PROGESTERONE CAP 100MG	PROGESTERONE CAP 100 MG	Nivel 2				
PROGESTERONE CAP 200MG	PROGESTERONE CAP 200 MG	Nivel 2				
PROGESTERONE INJ 50MG/ML	PROGESTERONE IM IN OIL 50 MG/ML	Nivel 2				
RALOXIFENE TAB 60MG	RALOXIFENE HCL TAB 60 MG	Nivel 2		X		H*
REACT TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				H
RECLIPSEN TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				H

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
RIVELSA TAB	LEVONOR-ETH EST TAB 0.15-0.02/0.025/0.03 MG & ETH EST 0.01 MG	Nivel 1				H
SETLAKIN TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	Nivel 1				H
SHAROBEL TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				H
SIMLIYA TAB 28 DAY	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG(21/5)	Nivel 1				H
SIMPESSE TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				H
SKYLA IUD 13.5MG	LEVONORGESTREL RELEASING IUD 14 MCG/DAY (13.5 MG TOTAL)	Nivel 1				H-M
SLYND TAB 4MG	DROSPIRENONE TAB 4 MG	Nivel 1				H
SPRINTEC 28 TAB 28 DAY	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				H
SRONYX TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
SYEDA TAB 3-0.03MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.03 MG	Nivel 1				H
TAKE ACTION TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				H
TARINA 24 FE TAB	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				H
TARINA FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
TARINA FE TAB 1/20 EQ	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
TAYSOFY CAP 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE CAP 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				H
TESTOST CYP INJ 100MG/ML	TESTOSTERONE CYPIONATE IM INJ IN OIL 100 MG/ML	Nivel 2				
TESTOST CYP INJ 200MG/ML	TESTOSTERONE CYPIONATE IM INJ IN OIL 200 MG/ML	Nivel 2				
TESTOST ENAN INJ 200MG/ML	TESTOSTERONE ENANTHATE IM INJ IN OIL 200 MG/ML	Nivel 2				
TESTOSTERONE GEL 1%(50MG)	TESTOSTERONE TD GEL 50 MG/5GM (1%)	Nivel 3	X	X		
TILIA FE TAB	NORETHINDRONE AC-ETHINYL ESTRAD-FE TAB 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	Nivel 1				H
TRI FEMYNOR TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				H
TRI-ESTARYLL TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				H
TRI-LEGEST TAB FE	NORETHINDRONE AC-ETHINYL ESTRAD-FE TAB 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	Nivel 1				H
TRI-LINYAH TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				H
TRI-LO TAB ESTARYLL	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25/0.215-25/0.25-25 MG-MCG	Nivel 1				H
TRI-LO- TAB MARZIA	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25/0.215-25/0.25-25 MG-MCG	Nivel 1				H
TRI-LO- TAB SPRINTEC	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25/0.215-25/0.25-25 MG-MCG	Nivel 1				H
TRI-LO-MILI TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25/0.215-25/0.25-25 MG-MCG	Nivel 1				H
TRI-MILI TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				H
TRI-NYMYO TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				H

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
TRI-PREVIFEM TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				H
TRI-SPRINTEC TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				H
TRI-VYLIBRA TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				H
TRI-VYLIBRA TAB LO	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25/0.215-25/0.25-25 MG-MCG	Nivel 1				H
TRIVORA-28 TAB	LEVONORGESTREL-ETH ESTRA TAB 0.05-30/0.075-40/0.125-30MG-MCG	Nivel 1				H
TULANA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				H
TWIRLA DIS 120-30	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL TD PTWK 120-30 MCG/24HR	Nivel 1				H
TYBLUME CHW 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL CHEW TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
TYDEMY TAB	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRAD-LEVOMEFOLATE TAB 3-0.03-0.451 MG	Nivel 1				H
VELIVET PAK	DESOGEST-ETHIN EST TAB 0.1-0.025/0.125-0.025/0.15-0.025MG-MG	Nivel 1				H
VESTURA TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	Nivel 1				H
VIENVA TAB 0.1-20	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				H
VIORELE TAB	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG(21/5)	Nivel 1				H
VOLNEA TAB	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG(21/5)	Nivel 1				H
VYFEMLA TAB 0.4-35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.4 MG-35 MCG	Nivel 1				H
VYLIBRA TAB 0.25-35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				H
WERA TAB 0.5/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.5 MG-35 MCG	Nivel 1				H
WYMZYA FE CHW 0.4MG-35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.4 MG-35 MCG	Nivel 1				H
XULANE DIS 150-35	NORELGESTROMIN-ETHINYL ESTRADIOL TD PTWK 150-35 MCG/24HR	Nivel 1				H
YUVAFEM TAB 10MCG	ESTRADIOL VAGINAL TAB 10 MCG	Nivel 3		X		
ZAFEMY DIS 150/35	NORELGESTROMIN-ETHINYL ESTRADIOL TD PTWK 150-35 MCG/24HR	Nivel 1				H
ZARAH TAB 3-0.03MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.03 MG	Nivel 1				H
ZOVIA 1/35 TAB	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				H
ZOVIA 1/35E TAB	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				H
ZUMANDIMINE TAB 3-0.03MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.03 MG	Nivel 1				H
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (tiroides)						
ARMOUR THYRO TAB 120MG	THYROID TAB 120 MG (2 GRAIN)	Nivel 5				
ARMOUR THYRO TAB 15MG	THYROID TAB 15 MG (1/4 GRAIN)	Nivel 5				
ARMOUR THYRO TAB 180MG	THYROID TAB 180 MG (3 GRAIN)	Nivel 5				
ARMOUR THYRO TAB 240MG	THYROID TAB 240 MG (4 GRAIN)	Nivel 5				
ARMOUR THYRO TAB 300MG	THYROID TAB 300 MG (5 GRAIN)	Nivel 5				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
ARMOUR THYRO TAB 30MG	THYROID TAB 30 MG (1/2 GRAIN)	Nivel 5				
ARMOUR THYRO TAB 60MG	THYROID TAB 60 MG (1 GRAIN)	Nivel 5				
ARMOUR THYRO TAB 90MG	THYROID TAB 90 MG (1 1/2 GRAIN)	Nivel 5				
EUTHYROX TAB 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 100 MCG	Nivel 2				
EUTHYROX TAB 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 112 MCG	Nivel 2				
EUTHYROX TAB 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 125 MCG	Nivel 2				
EUTHYROX TAB 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 137 MCG	Nivel 2				
EUTHYROX TAB 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 150 MCG	Nivel 2				
EUTHYROX TAB 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 175 MCG	Nivel 2				
EUTHYROX TAB 200MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 200 MCG	Nivel 2				
EUTHYROX TAB 25MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 25 MCG	Nivel 2				
EUTHYROX TAB 50MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 50 MCG	Nivel 2				
EUTHYROX TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 75 MCG	Nivel 2				
EUTHYROX TAB 88MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 88 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 100 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 112 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 125 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 137 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 150 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 175 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 200 MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 200 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 25MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 25 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 300 MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 300 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 50MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 50 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 75 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 88MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 88 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 100 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 112 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 125 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 137 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 150 MCG	Nivel 2				

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
LEVOTHYROXIN TAB 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 175 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 200MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 200 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 25MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 25 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 300MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 300 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 50MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 50 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 75 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 88MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 88 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 100 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 112 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 125 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 137 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 150 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 175 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 200MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 200 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 25MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 25 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 50MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 50 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 75 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 88MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 88 MCG	Nivel 2				
LIOTHYRONINE TAB 25MCG	LIOTHYRONINE SODIUM TAB 25 MCG	Nivel 2				BH*
LIOTHYRONINE TAB 50MCG	LIOTHYRONINE SODIUM TAB 50 MCG	Nivel 2				BH*
LIOTHYRONINE TAB 5MCG	LIOTHYRONINE SODIUM TAB 5 MCG	Nivel 2				BH*
NP THYROID TAB 120MG	THYROID TAB 120 MG (2 GRAIN)	Nivel 3				
NP THYROID TAB 15MG	THYROID TAB 15 MG (1/4 GRAIN)	Nivel 3				
NP THYROID TAB 30MG	THYROID TAB 30 MG (1/2 GRAIN)	Nivel 3				
NP THYROID TAB 60MG	THYROID TAB 60 MG (1 GRAIN)	Nivel 3				
NP THYROID TAB 90MG	THYROID TAB 90 MG (1 1/2 GRAIN)	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 100 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 112 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 125 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 137 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 150 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 175 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 200MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 200 MCG	Nivel 3				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
SYNTHROID TAB 25MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 25 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 300MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 300 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 50MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 50 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 75 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 88MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 88 MCG	Nivel 3				
THYQUIDITY SOL 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 100 MCG/5ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 100 MCG/ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 112 MCG/ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 125 MCG/ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 137 MCG/ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 13MCG/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 13 MCG/ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 150 MCG/ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 175 MCG/ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 200MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 200 MCG/ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 25MCG/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 25 MCG/ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 37.5/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 37.5 MCG/ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 44MCG/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 44 MCG/ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 50MCG/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 50 MCG/ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 62.5/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 62.5 MCG/ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 75MCG/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 75 MCG/ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 88MCG/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 88 MCG/ML	Nivel 5	X			
UNITHROID TAB 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 100 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 112 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 125 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 137 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 150 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 175 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 200MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 200 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 25MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 25 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 300MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 300 MCG	Nivel 2				

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
UNITHROID TAB 50MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 50 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 75 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 88MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 88 MCG	Nivel 2				
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales)						
LYSODREN TAB 500MG	MITOTANE TAB 500 MG	Nivel 5				
Agentes hormonales, supresores (pituitaria)						
CETRORELIX INJ 0.25MG	CETRORELIX ACETATE FOR INJ KIT 0.25 MG	Nivel 6	X			
ELIGARD INJ 22.5MG	LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH) FOR SUBCUTANEOUS INJ KIT 22.5MG	Nivel 6	X			
ELIGARD INJ 30MG	LEUPROLIDE ACETATE (4 MONTH) FOR SUBCUTANEOUS INJ KIT 30 MG	Nivel 6	X			
ELIGARD INJ 45MG	LEUPROLIDE ACETATE (6 MONTH) FOR SUBCUTANEOUS INJ KIT 45 MG	Nivel 6	X			
ELIGARD INJ 7.5MG	LEUPROLIDE ACETATE FOR SUBCUTANEOUS INJ KIT 7.5 MG	Nivel 6	X			
LEUPROLIDE INJ 14 DAY	LEUPROLIDE ACETATE INJ KIT 5 MG/ ML	Nivel 6	X			
LEUPROLIDE INJ 1MG/0.2	LEUPROLIDE ACETATE INJ KIT 5 MG/ ML	Nivel 6	X			
LEUPROLIDE KIT 14 DAY	LEUPROLIDE ACETATE INJ KIT 5 MG/ ML	Nivel 6	X			
LEUPROLIDE KIT 1MG/0.2	LEUPROLIDE ACETATE INJ KIT 5 MG/ ML	Nivel 6	X			
OCTREOTIDE INJ 1000MCG	OCTREOTIDE ACETATE INJ 1000 MCG/ ML (1 MG/ML)	Nivel 4	X			
OCTREOTIDE INJ 100MCG	OCTREOTIDE ACETATE INJ 100 MCG/ ML (0.1 MG/ML)	Nivel 4	X			
OCTREOTIDE INJ 100MCG	OCTREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYR 100 MCG/ML	Nivel 4	X			
OCTREOTIDE INJ 200MCG	OCTREOTIDE ACETATE INJ 200 MCG/ ML (0.2 MG/ML)	Nivel 4	X			
OCTREOTIDE INJ 500MCG	OCTREOTIDE ACETATE INJ 500 MCG/ ML (0.5 MG/ML)	Nivel 4	X			
OCTREOTIDE INJ 500MCG	OCTREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYR 500 MCG/ML	Nivel 4	X			
OCTREOTIDE INJ 50MCG/ML	OCTREOTIDE ACETATE INJ 50 MCG/ ML (0.05 MG/ML)	Nivel 4	X			
OCTREOTIDE INJ 50MCG/ML	OCTREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYR 50 MCG/ML	Nivel 4	X			
ORILISSA TAB 150MG	ELAGOLIX SODIUM TAB 150 MG (BASE EQUIV)	Nivel 5	X	X		
ORILISSA TAB 200MG	ELAGOLIX SODIUM TAB 200 MG (BASE EQUIV)	Nivel 5	X	X		
SIGNIFOR INJ 0.3MG/ML	PASIREOTIDE DIASPARTATE INJ 0.3 MG/ML (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
SIGNIFOR INJ 0.6MG/ML	PASIREOTIDE DIASPARTATE INJ 0.6 MG/ML (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
SIGNIFOR INJ 0.9MG/ML	PASIREOTIDE DIASPARTATE INJ 0.9 MG/ML (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
SOMAVERT INJ 10MG	PEGVISOMANT FOR INJ 10 MG (AS PROTEIN)	Nivel 6	X	X		
SOMAVERT INJ 15MG	PEGVISOMANT FOR INJ 15 MG (AS PROTEIN)	Nivel 6	X	X		

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
SOMAVERT INJ 20MG	PEGVISOMANT FOR INJ 20 MG (AS PROTEIN)	Nivel 6	X	X		
SOMAVERT INJ 25MG	PEGVISOMANT FOR INJ 25 MG (AS PROTEIN)	Nivel 6	X	X		
SOMAVERT INJ 30MG	PEGVISOMANT FOR INJ 30 MG (AS PROTEIN)	Nivel 6	X	X		
SYNAREL SOL 2MG/ML	NAFARELIN ACETATE NASAL SOLN 2 MG/ML (200 MCG/ACT) (BASE EQ)	Nivel 3				
Agentes hormonales, supresores (tiroides)						
METHIMAZOLE TAB 10MG	METHIMAZOLE TAB 10 MG	Nivel 2				
METHIMAZOLE TAB 5MG	METHIMAZOLE TAB 5 MG	Nivel 2				
PROPYLTHIOUR TAB 50MG	PROPYLTHIOURACIL TAB 50 MG	Nivel 2				
Agentes inmunológicos						
ACTEMRA INJ 162/0.9	TOCILIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	Nivel 4	X	X		
ACTEMRA INJ ACTPEN	TOCILIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	Nivel 4	X	X		
ACTHIB INJ	HAEMOPHILUS B POLYSACCHARIDE CONJUGATE VACCINE FOR INJ	Nivel 1		X		H
ACTIMMUNE INJ 2MU/0.5	INTERFERON GAMMA-1B INJ 100 MCG/0.5ML (2000000 UNIT/0.5ML)	Nivel 6	X	X		
ADACEL INJ	TET TOX-DIPH-ACELL PERTUSS AD INJ 5-2-15.5 LF-LF-MCG/0.5ML	Nivel 1		X		H
AFLURIA QUAD INJ 2022-23	INFLUENZA VIRUS VAC SPLIT QUADRIVALENT SUSP PREF SYR 0.5ML	Nivel 1		X		H
AFLURIA QUAD INJ 2022-23	INFLUENZA VIRUS VACCINE SPLIT QUADRIVALENT IM INJ	Nivel 1		X		H
ALFERON N INJ 5MU/ML	INTERFERON ALFA-N3 INJ 5000000 UNIT/ML	Nivel 6				
AMJEVITA INJ 10/0.2ML	ADALIMUMAB-ATTO SOLN PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.2ML	Nivel 4	X	X		
AMJEVITA INJ 20/0.4ML	ADALIMUMAB-ATTO SOLN PREFILLED SYRINGE 20 MG/0.4ML	Nivel 4	X	X		
AMJEVITA INJ 40/0.8ML	ADALIMUMAB-ATTO SOLN AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8ML	Nivel 4	X	X		
AMJEVITA INJ 40/0.8ML	ADALIMUMAB-ATTO SOLN PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.8ML	Nivel 4	X	X		
AZATHIOPRINE TAB 50MG	AZATHIOPRINE TAB 50 MG	Nivel 2				
BEXSERO INJ	MENINGOCOCCAL VAC B (RECOMB OMV ADJUV) INJ PREFILLED SYRINGE	Nivel 1		X		H-A
BOOSTRIX INJ	TET TOX-DIPH-ACELL PERTUSS AD INJ 5-2.5-18.5 LF-LF-MCG/0.5ML	Nivel 1		X		H
BOOSTRIX INJ	TET-DIPH-ACELL PERTUSS AD PREF SYR 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5ML	Nivel 1		X		H
CIMZIA KIT 200MG	CERTOLIZUMAB PEGOL FOR INJ KIT 2 X 200 MG	Nivel 4	X	X		
CIMZIA PREFL KIT 200MG/ML	CERTOLIZUMAB PEGOL PREFILLED SYRINGE KIT 2 X 200 MG/ML	Nivel 4	X	X		
CIMZIA START KIT 200MG/ML	CERTOLIZUMAB PEGOL PREFILLED SYRINGE KIT 6 X 200 MG/ML	Nivel 4	X	X		
CYCLOSPORINE CAP 100MG	CYCLOSPORINE CAP 100 MG	Nivel 3				
CYCLOSPORINE CAP 100MG MD	CYCLOSPORINE MODIFIED CAP 100 MG	Nivel 3				
CYCLOSPORINE CAP 25MG	CYCLOSPORINE CAP 25 MG	Nivel 3				
CYCLOSPORINE CAP 25MG MOD	CYCLOSPORINE MODIFIED CAP 25 MG	Nivel 3				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
CYCLOSPORINE CAP 50MG MOD	CYCLOSPORINE MODIFIED CAP 50 MG	Nivel 3				
CYCLOSPORINE SOL MODIFIED	CYCLOSPORINE MODIFIED ORAL SOLN 100 MG/ML	Nivel 3				
DAPTACEL INJ	DIPH, ACELLULAR PERT & TET TOX INJ 15 LF-23 MCG-5 LF/0.5ML	Nivel 1		X		H
DENGVAIXIA SUS	DENGUE VIRUS VACCINE LIVE TETRAVALENT FOR SUBCUTANEOUS SUSP	Nivel 1		X		H-A
ENGERIX-B INJ 10/0.5ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP PREF SYR 10 MCG/0.5ML	Nivel 1		X		H
ENGERIX-B INJ 20MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP 20 MCG/ML	Nivel 1		X		H
ENGERIX-B INJ 20MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP PREF SYR 20 MCG/ML	Nivel 1		X		H
FLUAD QUADRI INJ 2022-23	Influenza Vac Type A&B Surface Ant Adj Quad Pref Syr 0.5 ML	Nivel 1		X		H-A
FLUARIX QUAD INJ 2022-23	INFLUENZA VIRUS VAC SPLIT QUADRIVALENT SUSP PREF SYR 0.5ML	Nivel 1		X		H
FLUBLOK QUAD INJ 2022-23	Influenza Vac Recomb HA Quad PF Soln Pref Syr 0.5 ML	Nivel 1		X		H-A
FLUCLVX QUAD INJ 2022-23	INFLUENZA VAC TISS-CULT SUBUNT QUAD SUSP PREF SYR 0.5 ML	Nivel 1		X		H
FLUCLVX QUAD INJ 2022-23	INFLUENZA VAC TISSUE-CULTURED SUBUNIT QUADRIVALENT IM SUSP	Nivel 1		X		H
FLULAVAL QUA INJ 2022-23	INFLUENZA VIRUS VAC SPLIT QUADRIVALENT SUSP PREF SYR 0.5ML	Nivel 1		X		H
FLUMIST QUAD SUS 2022-23	INFLUENZA VIRUS VACCINE LIVE QUADRIVALENT INTRANASAL SUSP	Nivel 1		X		H-A
FLUZONE HD INJ 2022-23	Influenza Vac Split High-Dose Quad PF Susp Pref Syr 0.7 ML	Nivel 1		X		H-A
FLUZONE QUAD INJ 2022-23	INFLUENZA VIRUS VAC SPLIT QUADRIVALENT SUSP PREF SYR 0.5ML	Nivel 1		X		H
FLUZONE QUAD INJ 2022-23	INFLUENZA VIRUS VACCINE SPLIT QUADRIVALENT IM INJ	Nivel 1		X		H
FLUZONE QUAD INJ 2022-23	INFLUENZA VIRUS VACCINE SPLIT QUADRIVALENT INJ 0.5 ML	Nivel 1		X		H
GARDASIL 9 INJ	HUMAN PAPILOMAVIRUS (HPV) 9-VALENT RECOMB VAC IM SUSP	Nivel 1		X		H-A
GARDASIL 9 INJ	HUMAN PAPILOMAVIRUS (HPV) 9-VALENT RECOMB VAC SUSP PREF SYR	Nivel 1		X		H-A
GENGRAF CAP 100MG	CYCLOSPORINE MODIFIED CAP 100 MG	Nivel 3				
GENGRAF CAP 25MG	CYCLOSPORINE MODIFIED CAP 25 MG	Nivel 3				
GENGRAF SOL 100MG/ML	CYCLOSPORINE MODIFIED ORAL SOLN 100 MG/ML	Nivel 3				
HAEGARDA INJ 2000UNIT	C1 ESTERASE INHIBITOR (HUMAN) FOR SUBCUTANEOUS INJ 2000 UNIT	Nivel 6	X	X		
HAEGARDA INJ 3000UNIT	C1 ESTERASE INHIBITOR (HUMAN) FOR SUBCUTANEOUS INJ 3000 UNIT	Nivel 6	X	X		
HAVRIX INJ 1440UNIT	HEPATITIS A VACCINE INJ SUSP 1440 EL UNIT/ML	Nivel 1		X		H
HAVRIX INJ 720UNIT	HEPATITIS A VACCINE INJ SUSP 720 EL UNIT/0.5ML	Nivel 1		X		H

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
HEPLISAV-B INJ 20/0.5ML	HEPATITIS B VACCINE RECOMB ADJUVANTED PREF SYR 20 MCG/0.5ML	Nivel 1		X		H-A
HIBERIX SOL 10MCG	HAEMOPHILUS B POLYSACCHARIDE CONJUGATE VAC FOR INJ 10 MCG	Nivel 1		X		H
HUMIRA INJ 10/0.1ML	ADALIMUMAB PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML	Nivel 4	X	X		
HUMIRA INJ 20/0.2ML	ADALIMUMAB PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML	Nivel 4	X	X		
HUMIRA INJ 40/0.4ML	ADALIMUMAB PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML	Nivel 4	X	X		
HUMIRA KIT 40MG/0.8	ADALIMUMAB PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML	Nivel 4	X	X		
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	ADALIMUMAB PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML	Nivel 4	X	X		
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	ADALIMUMAB PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40 MG/0.4ML	Nivel 4	X	X		
HUMIRA PEN INJ 40/0.4ML	ADALIMUMAB PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML	Nivel 4	X	X		
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.8	ADALIMUMAB PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	Nivel 4	X	X		
HUMIRA PEN INJ CD/UC/HS	ADALIMUMAB PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	Nivel 4	X	X		
HUMIRA PEN INJ PS/UV	ADALIMUMAB PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	Nivel 4	X	X		
HUMIRA PEN KIT CD/UC/HS	ADALIMUMAB PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	Nivel 4	X	X		
HUMIRA PEN KIT PED UC	ADALIMUMAB PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	Nivel 4	X	X		
HUMIRA PEN KIT PS/UV	ADALIMUMAB PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40 MG/0.4ML	Nivel 4	X	X		
ICATIBANT INJ 30MG/3ML	ICATIBANT ACETATE SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYR 30 MG/3ML	Nivel 4	X	X		
INFANRIX INJ	DIPH, ACELLULAR PERT & TET TOX INJ 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5ML	Nivel 1		X		H
IPOL INJ INACTIVE	POLIOVIRUS VACCINE, IPV INJECTION	Nivel 1		X		H
KINRIX INJ	DIPH-TETANUS-ACELL PERT-POLIO, IPV VACC SUSP PREF SYR 0.5 ML	Nivel 1		X		H
LEFLUNOMIDE TAB 10MG	LEFLUNOMIDE TAB 10 MG	Nivel 3				
LEFLUNOMIDE TAB 20MG	LEFLUNOMIDE TAB 20 MG	Nivel 3				
M-M-R II INJ	MEASLES-MUMPS-RUBELLA VIRUS VACCINES FOR INJ SOLN	Nivel 1		X		H
MENACTRA INJ	MENINGOCOCCAL (A, C, Y, AND W-135) DIPHTH CONJUGATE VACCINE	Nivel 1		X		H
MENQUADFI INJ	MENINGOCOCCAL (A, C, Y, AND W-135) TETANUS CONJUGATE VACCINE	Nivel 1		X		H
MENVEO INJ	MENINGOCOCCAL (A, C, Y, AND W-135) OLIGO CONJ VAC FOR INJ	Nivel 1		X		H
MENVEO SOL	MENINGOCOCCAL (A, C, Y, AND W-135) OLIGO CONJ VAC IM SOLN	Nivel 1		X		H
METHOTREXATE INJ 1GM	METHOTREXATE SODIUM FOR INJ 1 GM	Nivel 2				
METHOTREXATE INJ 1GM/40ML	METHOTREXATE SODIUM INJ PF 1000 MG/40ML (25 MG/ML)	Nivel 2				
METHOTREXATE INJ 250/10ML	METHOTREXATE SODIUM INJ PF 250 MG/10ML (25 MG/ML)	Nivel 2				
METHOTREXATE INJ 25MG/ML	METHOTREXATE SODIUM INJ 250 MG/10ML (25 MG/ML)	Nivel 2				

REFERENCIA: **H**: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
METHOTREXATE INJ 25MG/ML	METHOTREXATE SODIUM INJ 50 MG/2ML (25 MG/ML)	Nivel 2				
METHOTREXATE INJ 50MG/2ML	METHOTREXATE SODIUM INJ PF 50 MG/2ML (25 MG/ML)	Nivel 2				
METHOTREXATE TAB 2.5MG	METHOTREXATE SODIUM TAB 2.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2				
MODERNA INJ BIVALENT	COVID-19 MRNA BIVALENT VACCINE-MODERNA IM SUSP 50 MCG/0.5ML	Nivel 1		X		H
MODERNA BIV INJ 6M-5Y	COVID-19 MRNA BIVAL VACC 6MO-5Y-MODERNA IM SUSP 10 MCG/0.2ML	Nivel 1		X		H
MYCOPHENOLAT CAP 250MG	MYCOPHENOLATE MOFETIL CAP 250 MG	Nivel 3				
MYCOPHENOLAT SUS 200MG/ML	MYCOPHENOLATE MOFETIL FOR ORAL SUSP 200 MG/ML	Nivel 3				
MYCOPHENOLAT TAB 500MG	MYCOPHENOLATE MOFETIL TAB 500 MG	Nivel 3				
MYCOPHENOLIC TAB 180MG DR	MYCOPHENOLATE SODIUM TAB DR 180 MG (MYCOPHENOLIC ACID EQUIV)	Nivel 3				
MYCOPHENOLIC TAB 360MG DR	MYCOPHENOLATE SODIUM TAB DR 360 MG (MYCOPHENOLIC ACID EQUIV)	Nivel 3				
NOVAVAX VAC INJ COVID-19	COVID-19 SUBUNIT PROT RECOM ADJUV VAC-NOVAVAX IM 5 MCG/0.5ML	Nivel 1		X		H
OLUMIANT TAB 1MG	BARICITINIB TAB 1 MG	Nivel 4	X	X		
OLUMIANT TAB 2MG	BARICITINIB TAB 2 MG	Nivel 4	X	X		
OLUMIANT TAB 4MG	BARICITINIB TAB 4 MG	Nivel 4	X	X		
OTEZLA TAB 10/20/30	APREMILAST TAB STARTER THERAPY PACK 10 MG & 20 MG & 30 MG	Nivel 4	X	X		
OTEZLA TAB 30MG	APREMILAST TAB 30 MG	Nivel 4	X	X		
PEDIARIX INJ 0.5ML	DIPH-TET TOX-ACELL PERT-HEP B-POLIO IPV VAC SUSP PREF SYR	Nivel 1		X		H-A
PEDVAX HIB INJ	HAEMOPHILUS B POLYSACCHARIDE CONJ VAC IM SUSP 7.5 MCG/0.5 ML	Nivel 1		X		H
PENTACEL INJ	DIPH-AC PER-TET TOX AD-POLIOV-HAEMOPH B POLY VAC FOR IM SUSP	Nivel 1		X		H-A
PFIZER BIVAL INJ 5-11Y	COVID-19 MRNA BIVALENT VAC 5-11Y-PFIZER IM SUSP 10 MCG/0.2ML	Nivel 1		X		H
PFIZER BIVAL INJ 6M-4Y	COVID-19 MRNA BIVAL VACC 6MO-4YR-PFIZER IM SUSP 3 MCG/0.2ML	Nivel 1		X		H
PFIZER BIVAL INJ BA4/BA5	COVID-19 MRNA BIVALENT VACCINE-PFIZER IM SUSP 30 MCG/0.3ML	Nivel 1		X		H
PNEUMOVAX 23 INJ 25/0.5	PNEUMOCOCCAL VACCINE POLYVALENT INJ 25 MCG/0.5ML	Nivel 1		X		H
PREHEVBRIO SUS 10MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE 3-ANTIGEN (RECOMBINANT) SUSP 10 MCG/ML	Nivel 1		X		H-A
PREVNAR 13 INJ	PNEUMOCOCCAL 13-VALENT CONJUGATE VACCINE INJ	Nivel 1		X		H
PREVNAR 20 INJ	PNEUMOCOCCAL 20-VALENT CONJUGATE VACCINE SUS PREF SYR 0.5 ML	Nivel 1		X		H-A
PRIORIX INJ	MEASLES-MUMPS-RUBELLA VIRUS VACCINES FOR SUBCUTANEOUS SUSP	Nivel 1		X		H
PROQUAD INJ	MEASLES-MUMPS-RUBELLA-VARICELLA VIRUS VACCINES FOR SUSP	Nivel 1		X		H-A
QUADRACEL INJ 0.5ML	DIPH-TETANUS TOX AD-ACELL PERT & POLIO VIRUS, IPV VAC INJ	Nivel 1		X		H

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
QUADRACEL INJ 0.5ML	DIPH-TETANUS-ACELL PERT-POLIO, IPV VACC SUSP PREF SYR 0.5 ML	Nivel 1		X		H
RECOMBIVA HB INJ 10MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP 10 MCG/ML	Nivel 1		X		H
RECOMBIVA HB INJ 10MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP PREF SYR 10 MCG/ML	Nivel 1		X		H
RECOMBIVA HB INJ 5MCG/0.5	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP 5 MCG/0.5ML	Nivel 1		X		H
RECOMBIVA HB INJ 5MCG/0.5	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP PREF SYR 5 MCG/0.5ML	Nivel 1		X		H
RECOMBIVA-HB INJ 40MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP 40 MCG/ML	Nivel 1		X		H
RINVOQ TAB 15MG ER	UPADACITINIB TAB ER 24HR 15 MG	Nivel 4	X	X		
RINVOQ TAB 30MG ER	UPADACITINIB TAB ER 24HR 30 MG	Nivel 4	X	X		
RINVOQ TAB 45MG ER	UPADACITINIB TAB ER 24HR 45 MG	Nivel 4	X	X		
ROTARIX SUS	ROTAVIRUS VACCINE, LIVE FOR ORAL SUSP	Nivel 1		X		H
ROTARIX SUS	ROTAVIRUS VACCINE, LIVE ORAL SUSP	Nivel 1		X		H
ROTATEQ SOL	ROTAVIRUS VACCINE, LIVE ORAL PENTAVALENT SOLN	Nivel 1		X		H
SAJAZIR INJ 30MG/3ML	ICATIBANT ACETATE SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYR 30 MG/3ML	Nivel 4	X	X		
SANDIMMUNE SOL 100MG/ML	CYCLOSPORINE ORAL SOLN 100 MG/ ML	Nivel 5				
SHINGRIX INJ 50/0.5ML	ZOSTER VAC RECOMBINANT ADJUVANTED FOR IM INJ 50 MCG/0.5ML	Nivel 1		X		H-A
SIMPONI INJ 100MG/ML	GOLIMUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	Nivel 4	X	X		
SIMPONI INJ 100MG/ML	GOLIMUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	Nivel 4	X	X		
SIMPONI INJ 50/0.5ML	GOLIMUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 50 MG/0.5ML	Nivel 4	X	X		
SIMPONI INJ 50/0.5ML	GOLIMUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.5ML	Nivel 4	X	X		
SIROLIMUS TAB 0.5MG	SIROLIMUS TAB 0.5 MG	Nivel 3				
SIROLIMUS TAB 1MG	SIROLIMUS TAB 1 MG	Nivel 3				
SIROLIMUS TAB 2MG	SIROLIMUS TAB 2 MG	Nivel 3				
SKYRIZI INJ 150DOSE	RISANKIZUMAB-RZAA SOL PREFILLED SYRINGE 2 X 75 MG/0.83ML KIT	Nivel 4	X	X		
SKYRIZI INJ 150MG/ML	RISANKIZUMAB-RZAA SOLN PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	Nivel 4	X	X		
SKYRIZI INJ 180/1.2	RISANKIZUMAB-RZAA SUBCUTANEOUS SOLN CARTRIDGE 180 MG/1.2ML	Nivel 4	X	X		
SKYRIZI INJ 360/2.4	RISANKIZUMAB-RZAA SUBCUTANEOUS SOLN CARTRIDGE 360 MG/2.4ML	Nivel 4	X	X		
SKYRIZI PEN INJ 150MG/ML	RISANKIZUMAB-RZAA SOLN AUTO- INJECTOR 150 MG/ML	Nivel 4	X	X		
TACROLIMUS CAP 0.5MG	TACROLIMUS CAP 0.5 MG	Nivel 2				
TACROLIMUS CAP 1MG	TACROLIMUS CAP 1 MG	Nivel 2				
TACROLIMUS CAP 5MG	TACROLIMUS CAP 5 MG	Nivel 2				
TENIVAC INJ 5-2LF	TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS (TD) INJ 5-2 LFU	Nivel 1		X		H

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
TRUMENBA INJ	MENINGOCOCCAL GROUP B VAC (RECOMB) IM SUSP PREFILLED SYR	Nivel 1		X		H-A
TWINRIX INJ	HEP A-HEP B VACCINE SUSP PREF SYR 720-20 ELU-MCG/ML	Nivel 1		X		H
VAQTA INJ 25/0.5ML	HEPATITIS A VACCINE INJ SUSP 25 UNIT/0.5ML	Nivel 1		X		H
VAQTA INJ 50UNT/ML	HEPATITIS A VACCINE INJ SUSP 50 UNIT/ML	Nivel 1		X		H
VARIVAX INJ	VARICELLA VIRUS VAC LIVE FOR SUBCUTANEOUS INJ 1350 PFU/0.5ML	Nivel 1		X		H
VAXELIS INJ	DIPH-TET TOX-AC PERT AD-POLIO IPV- HIB-HEP B REC SUSP PRE SYR	Nivel 1		X		H-A
VAXELIS INJ	DIPH-TET TOX-AC PERT AD-POLIO IPV- HIB-HEPATITIS B RECMB SUSP	Nivel 1		X		H-A
VAXNEUVANCE INJ	PNEUMOCOCCAL 15-VALENT CONJUGATE VACCINE SUS PREF SYR 0.5 ML	Nivel 1		X		H
XELJANZ SOL 1MG/ML	TOFACITINIB CITRATE ORAL SOLN 1 MG/ML (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
XELJANZ TAB 10MG	TOFACITINIB CITRATE TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
XELJANZ TAB 5MG	TOFACITINIB CITRATE TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
XELJANZ XR TAB 11MG	TOFACITINIB CITRATE TAB ER 24HR 11 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
XELJANZ XR TAB 22MG	TOFACITINIB CITRATE TAB ER 24HR 22 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
Agentes para la enfermedad inflamatoria intestinal						
ANALPRAM-HC LOT 2.5%	HYDROCORTISONE ACETATE W/ PRAMOXINE PERIANAL LOTN 2.5-1%	Nivel 5				
BALSALAZIDE CAP 750MG	BALSALAZIDE DISODIUM CAP 750 MG	Nivel 3				
BUDESONIDE AER 2MG/ACT	BUDESONIDE RECTAL FOAM 2 MG/ ACT	Nivel 3				
BUDESONIDE CAP 3MG DR	BUDESONIDE DELAYED RELEASE PARTICLES CAP 3 MG	Nivel 3				
CORTIFOAM AER 90MG	HYDROCORTISONE ACETATE PERIANAL FOAM 10% (90 MG/DOSE)	Nivel 3				
DIPENTUM CAP 250MG	OLSALAZINE SODIUM CAP 250 MG	Nivel 5				
HC PRAMOXINE CRE 1-1%	HYDROCORTISONE ACETATE W/ PRAMOXINE PERIANAL CREAM 1-1%	Nivel 3				
HYDROCORT ENE 100MG	HYDROCORTISONE ENEMA 100 MG/60ML	Nivel 3				
HYDROCORTISO CRE 2.5%	HYDROCORTISONE PERIANAL CREAM 2.5%	Nivel 2				
MESALAMINE CAP 0.375GM	MESALAMINE CAP ER 24HR 0.375 GM	Nivel 3		X		
MESALAMINE SUP 1000MG	MESALAMINE SUPPOS 1000 MG	Nivel 3		X		
PROCTO-MED CRE HC 2.5%	HYDROCORTISONE PERIANAL CREAM 2.5%	Nivel 2				
PROCTOFOAM AER HC 1%	HYDROCORTISONE ACETATE W/ PRAMOXINE PERIANAL FOAM 1-1%	Nivel 3				
PROCTOSOL HC CRE 2.5%	HYDROCORTISONE PERIANAL CREAM 2.5%	Nivel 2				
PROCTOZONE CRE -HC 2.5%	HYDROCORTISONE PERIANAL CREAM 2.5%	Nivel 2				
SULFASALAZIN TAB 500MG	SULFASALAZINE TAB 500 MG	Nivel 2				
SULFASALAZIN TAB 500MG DR	SULFASALAZINE TAB DELAYED RELEASE 500 MG	Nivel 2				
UCERIS AER 2MG/ACT	BUDESONIDE RECTAL FOAM 2 MG/ ACT	Nivel 3				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
Agentes para la osteopatía metabólica						
ALENDRONATE SOL 70/75ML	ALENDRONATE SODIUM ORAL SOLN 70 MG/75ML	Nivel 3				
ALENDRONATE TAB 10MG	ALENDRONATE SODIUM TAB 10 MG	Nivel 2		X		
ALENDRONATE TAB 35MG	ALENDRONATE SODIUM TAB 35 MG	Nivel 2		X		
ALENDRONATE TAB 70MG	ALENDRONATE SODIUM TAB 70 MG	Nivel 2		X		
CALCITONIN INJ 200/ML	CALCITONIN (SALMON) INJ 200 UNIT/ML	Nivel 3				
CALCITONIN SPR 200/ACT	CALCITONIN (SALMON) NASAL SOLN 200 UNIT/ACT	Nivel 2		X		
CALCITRIOL CAP 0.25MCG	CALCITRIOL CAP 0.25 MCG	Nivel 2				
CALCITRIOL CAP 0.5MCG	CALCITRIOL CAP 0.5 MCG	Nivel 2				
CALCITRIOL SOL 1MCG/ML	CALCITRIOL ORAL SOLN 1 MCG/ML	Nivel 3				
CINACALCET TAB 30MG	CINACALCET HCL TAB 30 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3	X	X		
CINACALCET TAB 60MG	CINACALCET HCL TAB 60 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3	X	X		
CINACALCET TAB 90MG	CINACALCET HCL TAB 90 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3	X	X		
DOXERCALCIF CAP 0.5MCG	DOXERCALCIFEROL CAP 0.5 MCG	Nivel 3				
DOXERCALCIF CAP 1MCG	DOXERCALCIFEROL CAP 1 MCG	Nivel 3				
DOXERCALCIF CAP 2.5MCG	DOXERCALCIFEROL CAP 2.5 MCG	Nivel 3				
IBANDRONATE TAB 150MG	IBANDRONATE SODIUM TAB 150 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
NATPARA INJ 100MCG	PARATHYROID HORMONE (RECOMBINANT) FOR INJ CARTRIDGE 100 MCG	Nivel 6	X	X		
NATPARA INJ 25MCG	PARATHYROID HORMONE (RECOMBINANT) FOR INJ CARTRIDGE 25 MCG	Nivel 6	X	X		
NATPARA INJ 50MCG	PARATHYROID HORMONE (RECOMBINANT) FOR INJ CARTRIDGE 50 MCG	Nivel 6	X	X		
NATPARA INJ 75MCG	PARATHYROID HORMONE (RECOMBINANT) FOR INJ CARTRIDGE 75 MCG	Nivel 6	X	X		
PARICALCITOL CAP 1 MCG	PARICALCITOL CAP 1 MCG	Nivel 3				
PARICALCITOL CAP 2 MCG	PARICALCITOL CAP 2 MCG	Nivel 3				
PARICALCITOL CAP 4 MCG	PARICALCITOL CAP 4 MCG	Nivel 3				
RISEDRONATE TAB 150MG	RISEDRONATE SODIUM TAB 150 MG	Nivel 2		X		
RISEDRONATE TAB 30MG	RISEDRONATE SODIUM TAB 30 MG	Nivel 2		X		
RISEDRONATE TAB 35MG	RISEDRONATE SODIUM TAB 35 MG	Nivel 2		X		
RISEDRONATE TAB 5MG	RISEDRONATE SODIUM TAB 5 MG	Nivel 2		X		
Agentes terapéuticos varios						
ALCOHOL PREP PAD	*ALCOHOL SWABS***	Nivel 3				
ARTISS SOL 10ML	*FIBRIN SEALANT COMPONENT SOLUTION***	Nivel 5				
ARTISS SOL 2ML	*FIBRIN SEALANT COMPONENT SOLUTION***	Nivel 5				
ARTISS SOL 4ML	*FIBRIN SEALANT COMPONENT SOLUTION***	Nivel 5				
ASSURE ID MIS 1ML/31G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1 ML 31 X 15/64"	Nivel 3				
BD GLUCOSE CHW 5GM	GLUCOSE CHEW TAB 5 GM	Nivel 3				
CAYA DPR	*DIAPHRAGM ARC-SPRING***	Nivel 1				H
CHEMSTRIP TES MICRAL	ALBUMIN (URINE) TEST STRIP	Nivel 3				
CHEMSTRIP K TES	ACETONE (URINE) TEST STRIP	Nivel 3				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
COMFORT TOUC MIS 31GX4MM	INSULIN PEN NEEDLE 31 G X 4 MM (1/6" OR 5/32")	Nivel 3				
COMFORT TOUC MIS 32GX8MM	INSULIN PEN NEEDLE 32 G X 8 MM (1/3" OR 5/16")	Nivel 3				
COMFORT TOUC MIS 33GX1/4"	INSULIN PEN NEEDLE 33 G X 6 MM (1/4" OR 15/64")	Nivel 3				
COMFORT TOUC MIS 33GX3/16	INSULIN PEN NEEDLE 33 G X 5 MM (1/5" OR 3/16")	Nivel 3				
COMFORT TOUC MIS 33GX5/32	INSULIN PEN NEEDLE 33 G X 4 MM (1/6" OR 5/32")	Nivel 3				
CONDOMS MIS	*Condoms - Male***	Nivel 1		X		H
CONDOMS MIS LUBRICAT	Condoms Latex Lubricated	Nivel 1		X		H
COUNT-A-DOSE MIS	*INSULIN ADMINISTRATION SUPPLIES - MISC***	Nivel 3				
DIASCREEN MIS 1G	*URINE GLUCOSE MONITORING SUPPLIES***	Nivel 3				
DIASTIX TES STRIPS	GLUCOSE URINE TEST-(GLUCOSE OXIDASE) STRIP	Nivel 3				
DUREX MIS REALFEEL	Condoms Non-Latex Lubricated	Nivel 1		X		H
EASY TOUCH MIS 30G	INSULIN PEN NEEDLE 30 G X 6 MM (1/4" OR 15/64")	Nivel 3				
ERGOLOID MES TAB 1MG ORAL	ERGOLOID MESYLATES TAB 1 MG	Nivel 3				
FC2 FEMALE MIS CONDOM	*Condoms - Female***	Nivel 1		X		H
FEMCAP MIS 22MM	CERVICAL CAP 22 MM	Nivel 1				H
FEMCAP MIS 26MM	CERVICAL CAP 26 MM	Nivel 1				H
FEMCAP MIS 30MM	CERVICAL CAP 30 MM	Nivel 1				H
FLEXICHAMBER MIS MASK SM	*SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES - MASKS***	Nivel 3				
GAUZE PAD 2"X2"	*GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2" X 2"***	Nivel 3				
GLUCOSE BITS CHW 1GM	GLUCOSE CHEW TAB 1 GM	Nivel 3				
GNP GLUCOSE CHW 2GM	GLUCOSE CHEW TAB 2 GM (CARB EQUIV)	Nivel 3				
INSPIREASE MIS DD SYST	*SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBERS - DEVICE***	Nivel 3				
INSPIREASE MIS RES BAG	*SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES - BAGS***	Nivel 3				
INSULIN SRYG MIS 1ML/32G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1 ML 32 X 5/16"	Nivel 3				
INSULIN SYRG MIS 0.3/29G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 0.3 ML 29 X 1/2"	Nivel 3				
INSULIN SYRG MIS 0.3/30G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 0.3 ML 30 X 1/2"	Nivel 3				
INSULIN SYRG MIS 0.3/30G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 0.3 ML 30 X 5/16"	Nivel 3				
INSULIN SYRG MIS 0.3/31G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 0.3 ML 31 X 15/64"	Nivel 3				
INSULIN SYRG MIS 0.3/31G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 0.3 ML 31 X 5/16"	Nivel 3				
INSULIN SYRG MIS 0.5/28G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1/2 ML 28 X 1/2"	Nivel 3				
INSULIN SYRG MIS 0.5/29G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1/2 ML 29 X 1/2"	Nivel 3				
INSULIN SYRG MIS 0.5/30G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1/2 ML 30 X 1/2"	Nivel 3				
INSULIN SYRG MIS 0.5/30G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1/2 ML 30 X 3/8"	Nivel 3				
INSULIN SYRG MIS 0.5/30G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1/2 ML 30 X 5/16"	Nivel 3				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
INSULIN SYRG MIS 0.5/31G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1/2 ML 31 X 15/64"	Nivel 3				
INSULIN SYRG MIS 0.5/31G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1/2 ML 31 X 5/16"	Nivel 3				
INSULIN SYRG MIS 0.5/32G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 0.5 ML 32 X 5/16"	Nivel 3				
INSULIN SYRG MIS 1ML/27G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1 ML 27 X 5/8"	Nivel 3				
INSULIN SYRG MIS 1ML/28G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1 ML 28 X 1/2"	Nivel 3				
INSULIN SYRG MIS 1ML/28G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1 ML 28 X 5/16"	Nivel 3				
INSULIN SYRG MIS 1ML/29G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1 ML 29 X 1/2"	Nivel 3				
INSULIN SYRG MIS 1ML/29G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1 ML 29 X 5/16"	Nivel 3				
INSULIN SYRG MIS 1ML/30G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1 ML 30 X 1/2"	Nivel 3				
INSULIN SYRG MIS 1ML/30G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1 ML 30 X 5/16"	Nivel 3				
INSULIN SYRG MIS 1ML/31G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1 ML 31 X 5/16"	Nivel 3				
KETO-DIASTIX TES	*URINE GLUCOSE-KETONES TEST STRIPS***	Nivel 3				
MASK VORTEX/ MIS FROG	*SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES - MASKS***	Nivel 3				
MAXICOMFORT MIS 27GX1/2	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1/2 ML 27 X 1/2"	Nivel 3				
MAXICOMFORT MIS 27GX1/2"	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1 ML 27 X 1/2"	Nivel 3				
METHERGINE TAB 0.2MG	METHYLERGONOVINE MALEATE TAB 0.2 MG	Nivel 3		X		
METHYLERGON TAB 0.2MG	METHYLERGONOVINE MALEATE TAB 0.2 MG	Nivel 3		X		
NEEDLE COLLE MIS DISPOSAL	*SHARPS CONTAINER - MISC***	Nivel 3				
NOVOFINE MIS 32GX6MM	INSULIN PEN NEEDLE 32 G X 6 MM (1/4" OR 15/64")	Nivel 3				
NOVOFINE AUT MIS 30GX8MM	INSULIN PEN NEEDLE 30 G X 8 MM (1/3" OR 5/16")	Nivel 3				
NOVOFINE PLS MIS 32GX4MM	INSULIN PEN NEEDLE 32 G X 4 MM (1/6" OR 5/32")	Nivel 3				
NOVOTWIST MIS 32GX5MM	INSULIN PEN NEEDLE 32 G X 5 MM (1/5" OR 3/16")	Nivel 3				
OMNIFLEX DPR	*DIAPHRAGMS***	Nivel 1				H
PARAGARD IUD T380A	*COPPER IUD**	Nivel 1				H-M
PEN NEEDLE MIS 29GX1/2"	INSULIN PEN NEEDLE 29 G X 12.7 MM (1/2")	Nivel 3				
PEN NEEDLE MIS 29GX3/16	INSULIN PEN NEEDLE 29 G X 5 MM (1/5" OR 3/16")	Nivel 3				
PEN NEEDLE MIS 29GX5/16	INSULIN PEN NEEDLE 29 G X 8 MM (1/3" OR 5/16")	Nivel 3				
PEN NEEDLES MIS 29GX1/2"	INSULIN PEN NEEDLE 29 G X 12 MM (1/2")	Nivel 3				
PEN NEEDLES MIS 31GX1/4"	INSULIN PEN NEEDLE 31 G X 6 MM (1/4" OR 15/64")	Nivel 3				
PEN NEEDLES MIS 31GX3/16	INSULIN PEN NEEDLE 31 G X 5 MM (1/5" OR 3/16")	Nivel 3				
PEN NEEDLES MIS 31GX5/16	INSULIN PEN NEEDLE 31 G X 8 MM (1/3" OR 5/16")	Nivel 3				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
PENTIPS MIS 29GX12MM	INSULIN PEN NEEDLE 29 G X 12 MM (1/2")	Nivel 3				
PENTIPS MIS 31GX5MM	INSULIN PEN NEEDLE 31 G X 5 MM (1/5" OR 3/16")	Nivel 3				
PENTIPS MIS 31GX8MM	INSULIN PEN NEEDLE 31 G X 8 MM (1/3" OR 5/16")	Nivel 3				
PENTIPS MIS 32GX4MM	INSULIN PEN NEEDLE 32 G X 4 MM (1/6" OR 5/32")	Nivel 3				
PHEXXI GEL	Lactic Acid-Citric Acid-Potassium Bitartrate Gel 1.8-1-0.4%	Nivel 1		X		H
PRECISN XTRA TES KETONE	KETONE BLOOD TEST STRIP	Nivel 3				
PRENATAL TAB	*PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 27-0.8 MG***	Nivel 2				
RA URINARY TES TRACT IN	*URINARY TRACT INFECTION (UTI) TEST STRIP***	Nivel 3				
RADIOGARDASE CAP 0.5GM	PRUSSIAN BLUE INSOLUBLE CAP 0.5 GM	Nivel 5				
SM GLUCOSE CHW SOUR APP	GLUCOSE CHEW TAB 4 GM (ROUNDED)	Nivel 3				
TISSEEL KIT 10ML	*FIBRIN SEALANT COMPONENT KIT 10 ML***	Nivel 5				
TISSEEL KIT 2ML	*FIBRIN SEALANT COMPONENT KIT 2 ML***	Nivel 5				
TISSEEL KIT 4ML	*FIBRIN SEALANT COMPONENT KIT 4 ML***	Nivel 5				
TISSEEL SOL 10ML	*FIBRIN SEALANT COMPONENT SOLUTION***	Nivel 5				
TISSEEL SOL 2ML	*FIBRIN SEALANT COMPONENT SOLUTION***	Nivel 5				
TISSEEL SOL 4ML	*FIBRIN SEALANT COMPONENT SOLUTION***	Nivel 5				
TRUEPLUS CHW GLUCOSE	GLUCOSE CHEW TAB 4 GM (ROUNDED)	Nivel 3				
ULTICARE MIS 30GX3/16	INSULIN PEN NEEDLE 30 G X 5 MM (1/5" OR 3/16")	Nivel 3				
UTI HOME TES TEST	*URINARY TRACT INFECTION (UTI) TEST***	Nivel 3				
WIDE-SEAL DPR KIT 60	DIAPHRAGM WIDE SEAL 60 MM	Nivel 1				H
WIDE-SEAL DPR KIT 65	DIAPHRAGM WIDE SEAL 65 MM	Nivel 1				H
WIDE-SEAL DPR KIT 70	DIAPHRAGM WIDE SEAL 70 MM	Nivel 1				H
WIDE-SEAL DPR KIT 75	DIAPHRAGM WIDE SEAL 75 MM	Nivel 1				H
WIDE-SEAL DPR KIT 80	DIAPHRAGM WIDE SEAL 80 MM	Nivel 1				H
WIDE-SEAL DPR KIT 85	DIAPHRAGM WIDE SEAL 85 MM	Nivel 1				H
WIDE-SEAL DPR KIT 90	DIAPHRAGM WIDE SEAL 90 MM	Nivel 1				H
WIDE-SEAL DPR KIT 95	DIAPHRAGM WIDE SEAL 95 MM	Nivel 1				H
LAGEVIRIO CAP 200MG	MOLNUPIRAVIR CAP 200 MG	Nivel 1		X		
PAXLOVID TAB 150-100	NIRMATRELVIR TAB 10 X 150 MG & RITONAVIR TAB 10 X 100 MG PAK	Nivel 1		X		
PAXLOVID TAB 300-100	NIRMATRELVIR TAB 20 X 150 MG & RITONAVIR TAB 10 X 100 MG PAK	Nivel 1		X		
Agentes oftálmicos						
AK-POLY-BAC OIN OP	BACITRACIN-POLYMYXIN B OPHTH OINT	Nivel 2				
AKTEN GEL 3.5%	LIDOCAINE HCL OPHTH GEL 3.5%	Nivel 5				
ALOCRIL SOL 2%	NEDOCROMIL SODIUM OPHTH SOLN 2%	Nivel 5				
ALOMIDE SOL 0.1% OP	LODOXAMIDE TROMETHAMINE OPHTH SOLN 0.1%	Nivel 5				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
ALREX SUS 0.2%	LOTEPREDNOL ETABONATE OPHTH SUSP 0.2%	Nivel 5		X		
ALTACAINE SOL 0.5% OP	TETRACAINE HCL OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 2				
ALTAFRIN SOL 10% OP	PHENYLEPHRINE HCL OPHTH SOLN 10%	Nivel 2				
ALTAFRIN SOL 2.5% OP	PHENYLEPHRINE HCL OPHTH SOLN 2.5%	Nivel 2				
APRACLONIDIN SOL 0.5% OP	APRACLONIDINE HCL OPHTH SOLN 0.5% (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
ATROPINE SUL SOL 1%	ATROPINE SULFATE OPHTH SOLN 1%	Nivel 2				
ATROPINE SUL SOL 1% OP	ATROPINE SULFATE OPHTH SOLN 1%	Nivel 2				
AZASITE SOL 1%	AZITHROMYCIN OPHTH SOLN 1%	Nivel 5				
AZELASTINE DRO 0.05%	AZELASTINE HCL OPHTH SOLN 0.05%	Nivel 2				
BACIT/POLYMY OIN OP	BACITRACIN-POLYMYXIN B OPHTH OINT	Nivel 2				
BACITRACIN OIN OP	BACITRACIN OPHTH OINT 500 UNIT/GM	Nivel 3				
BEPOTASTINE DRO 1.5%	BEPOTASTINE BESILATE OPHTH SOLN 1.5%	Nivel 3		X		
BEPOTASTINE DRO 1.5% OP	BEPOTASTINE BESILATE OPHTH SOLN 1.5%	Nivel 3		X		
BESIVANCE SUS 0.6%	BESIFLOXACIN HCL OPHTH SUSP 0.6% (BASE EQUIV)	Nivel 5				
BETADINE SOL 5% OP	POVIDONE-IODINE OPHTH SOLN 5%	Nivel 5				
BETAXOLOL SOL 0.5% OP	BETAXOLOL HCL OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 2				
BETIMOL SOL 0.25%	TIMOLOL OPHTH SOLN 0.25%	Nivel 3		X		
BETIMOL SOL 0.5%	TIMOLOL OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 3		X		
BETOPTIC-S SUS 0.25% OP	BETAXOLOL HCL OPHTH SUSP 0.25%	Nivel 5				
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	SULFACETAMIDE SODIUM-PREDNISOLONE OPHTH OINT 10-0.2%	Nivel 3				
BLEPHAMIDE SUS OP	SULFACETAMIDE SODIUM-PREDNISOLONE OPHTH SUSP 10-0.2%	Nivel 5				
BRIMO/TIMOLO SOL 0.2/0.5%	BRIMONIDINE TARTRATE-TIMOLOL MALEATE OPHTH SOLN 0.2-0.5%	Nivel 3		X		
BRIMONIDINE SOL 0.15%	BRIMONIDINE TARTRATE OPHTH SOLN 0.15%	Nivel 3		X		
BRIMONIDINE SOL 0.2% OP	BRIMONIDINE TARTRATE OPHTH SOLN 0.2%	Nivel 3		X		
BRINZOLAMIDE SUS 1%	BRINZOLAMIDE OPHTH SUSP 1%	Nivel 3		X		
BROMFENAC SOL 0.09% OP	BROMFENAC SODIUM OPHTH SOLN 0.09% (BASE EQUIV) (ONCE-DAILY)	Nivel 3		X		
CARTEOLOL SOL 1% OP	CARTEOLOL HCL OPHTH SOLN 1%	Nivel 2				
CILOXAN OIN 0.3% OP	CIPROFLOXACIN HCL OPHTH OINT 0.3%	Nivel 5				
CIPROFLOXACN SOL 0.3% OP	CIPROFLOXACIN HCL OPHTH SOLN 0.3% (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
CROMOLYN SOD SOL 4% OP	CROMOLYN SODIUM OPHTH SOLN 4%	Nivel 2				
CYCLOMYDRIL SOL OP	CYCLOPENTOLATE W/ PHENYLEPHRINE OPHTH SOLN 0.2-1%	Nivel 5				
CYCLOPENTOL SOL 1% OP	CYCLOPENTOLATE HCL OPHTH SOLN 1%	Nivel 2				
CYCLOPENTOL SOL 2% OP	CYCLOPENTOLATE HCL OPHTH SOLN 2%	Nivel 2				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
CYCLOPENTOLA SOL 0.5%	CYCLOPENTOLATE HCL OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 2				
CYCLOSPORINE EMU 0.05% OP	CYCLOSPORINE (OPHTH) EMULSION 0.05%	Nivel 3	X	X		
CYSTARAN SOL 0.44%	CYSTEAMINE HCL OPHTH SOLN 0.44% (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
DEXAMETH PHO SOL 0.1% OP	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE OPHTH SOLN 0.1%	Nivel 2				
DEXTENZA MIS 0.4MG	DEXAMETHASONE (OPHTH) INSERT 0.4 MG	Nivel 6				
DICLOFENAC SOL 0.1% OP	DICLOFENAC SODIUM OPHTH SOLN 0.1%	Nivel 2				
DIFLUPREDNAT EMU 0.05%	DIFLUPREDNATE OPHTH EMULSION 0.05%	Nivel 3				
DORZOL/TIMOL SOL 2-0.5% OP	DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MALEATE OPHTH SOLN 22.3-6.8 MG/ ML	Nivel 2		X		
DORZOL/TIMOL SOL 2%-0.5%	DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MALEATE OPHTH SOL 22.3-6.8 MG/ ML PF	Nivel 3		X		
DORZOL/TIMOL SOL 22.3-6.8	DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MALEATE OPHTH SOLN 22.3-6.8 MG/ ML	Nivel 2		X		
DORZOLAMIDE SOL 2% OP	DORZOLAMIDE HCL OPHTH SOLN 2%	Nivel 2				
EPINASTINE DRO 0.05%	EPINASTINE HCL OPHTH SOLN 0.05%	Nivel 2		X	X	
ERYTHROMYCIN OIN 5MG/GM	ERYTHROMYCIN OPHTH OINT 5 MG/ GM	Nivel 2				H*
FLAREX SUS 0.1% OP	FLUOROMETHOLONE ACETATE OPHTH SUSP 0.1%	Nivel 3				
FLUOROMETHOL SUS 0.1% OP	FLUOROMETHOLONE OPHTH SUSP 0.1%	Nivel 2				
FLURBIPROFEN SOL 0.03% OP	FLURBIPROFEN SODIUM OPHTH SOLN 0.03%	Nivel 2				
FML FORTE SUS 0.25% OP	FLUOROMETHOLONE OPHTH SUSP 0.25%	Nivel 5				
GATIFLOXACIN SOL 0.5%	GATIFLOXACIN OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 3				
GENTAK OIN 0.3% OP	GENTAMICIN SULFATE OPHTH OINT 0.3%	Nivel 2				
GENTAMICIN SOL 0.3% OP	GENTAMICIN SULFATE OPHTH SOLN 0.3%	Nivel 2				
INVELTYS SUS 1%	LOTEPREDNOL ETABONATE OPHTH SUSP 1%	Nivel 5		X		
IOPIDINE SOL 1% OP	APRACLONIDINE HCL OPHTH SOLN 1% (BASE EQUIVALENT)	Nivel 5				
ISOPTO ATROP SOL 1% OP	ATROPINE SULFATE OPHTH SOLN 1%	Nivel 5				
KETOROLAC SOL 0.4%	KETOROLAC TROMETHAMINE OPHTH SOLN 0.4%	Nivel 2				
KETOROLAC SOL 0.5%	KETOROLAC TROMETHAMINE OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 2				
LASTACAFT SOL 0.25%	ALCAFTADINE OPHTH SOLN 0.25%	Nivel 5		X		
LATANOPROST SOL 0.005%	LATANOPROST OPHTH SOLN 0.005%	Nivel 2				
LEVOBUNOLOL SOL 0.5% OP	LEVOBUNOLOL HCL OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 2				
LEVOFLOXACIN SOL 0.5%	LEVOFLOXACIN OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 2				
LEVOFLOXACIN SOL 1.5%	LEVOFLOXACIN OPHTH SOLN 1.5%	Nivel 2				
LOTEMAX OIN 0.5%	LOTEPREDNOL ETABONATE OPHTH OINT 0.5%	Nivel 5				
LOTEMAX SM GEL 0.38%	LOTEPREDNOL ETABONATE OPHTH GEL 0.38%	Nivel 5		X		

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
LOTEPREDNOL SUS 0.5%	LOTEPREDNOL ETABONATE OPHTH SUSP 0.5%	Nivel 3		X		
LUMIGAN SOL 0.01%	BIMATOPROST OPHTH SOLN 0.01%	Nivel 3		X		
MAXIDEX SUS 0.1% OP	DEXAMETHASONE OPHTH SUSP 0.1%	Nivel 3				
MITOSOL KIT 0.2MG	MITOMYCIN FOR OPHTH SOLN KIT 0.2 MG	Nivel 5				
MOXIFLOXACIN SOL 0.5%	MOXIFLOXACIN HCL OPHTH SOLN 0.5% (BASE EQ) (2 TIMES DAILY)	Nivel 2				
MOXIFLOXACIN SOL 0.5%	MOXIFLOXACIN HCL OPHTH SOLN 0.5% (BASE EQUIV)	Nivel 2				
MOXIFLOXACIN SOL HCL 0.5%	MOXIFLOXACIN HCL OPHTH SOLN 0.5% (BASE EQUIV)	Nivel 2				
NATACYN SUS 5% OP	NATAMYCIN OPHTH SUSP 5%	Nivel 5				
NEO-POLYCIN OIN HC 1% OP	BACITRACIN-POLYMYXIN-NEOMYCIN- HC OPHTH OINT 1%	Nivel 3				
NEO-POLYCIN OIN OP	NEOMYCIN-BACITRAC ZN-POLYMYX 5(3.5)MG-400UNT-10000UNT OP OIN	Nivel 2				
NEO/BAC/POLY OIN OP	NEOMYCIN-BACITRAC ZN-POLYMYX 5(3.5)MG-400UNT-10000UNT OP OIN	Nivel 2				
NEO/POLY/BAC OIN /HC 1% OP	BACITRACIN-POLYMYXIN-NEOMYCIN- HC OPHTH OINT 1%	Nivel 3				
NEO/POLY/BAC OIN OP	NEOMYCIN-BACITRAC ZN-POLYMYX 5(3.5)MG-400UNT-10000UNT OP OIN	Nivel 2				
NEO/POLY/DEX OIN 0.1% OP	NEOMYCIN-POLYMYXIN- DEXAMETHASONE OPHTH OINT 0.1%	Nivel 2				
NEO/POLY/DEX SUS 0.1% OP	NEOMYCIN-POLYMYXIN- DEXAMETHASONE OPHTH SUSP 0.1%	Nivel 2				
NEO/POLY/GRA SOL OP	NEOMYCIN-POLYMY-GRAMICID OP SOL 1.75-10000-0.025MG-UNT-MG/ML	Nivel 2				
NEO/POLY/HC SUS OP	NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC OPHTH SUSP	Nivel 3				
NEVANAC SUS 0.1%	NEPAFENAC OPHTH SUSP 0.1%	Nivel 5				
NEVANAC SUS 0.1% OP	NEPAFENAC OPHTH SUSP 0.1%	Nivel 5				
OFLOXACIN DRO 0.3% OP	OFLOXACIN OPHTH SOLN 0.3%	Nivel 2				
OLOPATADINE DRO 0.1%	OLOPATADINE HCL OPHTH SOLN 0.1% (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
PHENYLEPHRIN SOL 10% OP	PHENYLEPHRINE HCL OPHTH SOLN 10%	Nivel 2				
PHENYLEPHRIN SOL 2.5% OP	PHENYLEPHRINE HCL OPHTH SOLN 2.5%	Nivel 2				
PHOSPHOLINE SOL 0.125% OP	ECHOTHIOPHATE IODIDE OPHTH FOR SOLN 0.125%	Nivel 3				
PILOCARPINE SOL 1% OP	PILOCARPINE HCL OPHTH SOLN 1%	Nivel 2				
PILOCARPINE SOL 2% OP	PILOCARPINE HCL OPHTH SOLN 2%	Nivel 2				
PILOCARPINE SOL 4% OP	PILOCARPINE HCL OPHTH SOLN 4%	Nivel 2				
POLYCIN OIN OP	BACITRACIN-POLYMYXIN B OPHTH OINT	Nivel 2				
POLYMYXIN B/ SOL TRIMETHP	POLYMYXIN B-TRIMETHOPRIM OPHTH SOLN 10000 UNIT/ML-0.1%	Nivel 2				
PRED MILD SUS 0.12% OP	PREDNISOLONE ACETATE OPHTH SUSP 0.12%	Nivel 5				
PRED SOD PHO SOL 1% OP	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE OPHTH SOLN 1%	Nivel 2				
PRED-G SUS OP	GENTAMICIN-PREDNISOLONE ACE OPHTH SUSP 0.3-1%	Nivel 5				
PREDNISOLONE SUS 1% OP	PREDNISOLONE ACETATE OPHTH SUSP 1%	Nivel 2				
PROPARACAINE SOL 0.5% OP	PROPARACAINE HCL OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 2				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	BRINZOLAMIDE-BRIMONIDINE TARTRATE OPHTH SUSP 1-0.2%	Nivel 5		X		
SULF/PRED NA SOL OP	SULFACETAMIDE SODIUM- PREDNISOLONE OPHTH SOLN 10- 0.23(0.25)%	Nivel 2				
SULFACET SOD OIN 10% OP	SULFACETAMIDE SODIUM OPHTH OINT 10%	Nivel 2				
SULFACET SOD SOL 10% OP	SULFACETAMIDE SODIUM OPHTH SOLN 10%	Nivel 2				
TAFLUPROST SOL 0.0015%	TAFLUPROST PRESERVATIVE FREE (PF) OPHTH SOLN 0.0015%	Nivel 3		X	X	
TETRACAINE SOL 0.5% OP	TETRACAINE HCL OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 2				
TIMOLOL GEL SOL 0.25% OP	TIMOLOL MALEATE OPHTH GEL FORMING SOLN 0.25%	Nivel 3				
TIMOLOL GEL SOL 0.5% OP	TIMOLOL MALEATE OPHTH GEL FORMING SOLN 0.5%	Nivel 3				
TIMOLOL MAL SOL 0.25% OP	TIMOLOL MALEATE OPHTH SOLN 0.25%	Nivel 2				
TIMOLOL MAL SOL 0.25% OP	TIMOLOL MALEATE PRESERVATIVE FREE OPHTH SOLN 0.25%	Nivel 3				
TIMOLOL MAL SOL 0.5% OP	TIMOLOL MALEATE OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 2				
TIMOLOL MAL SOL 0.5% OP	TIMOLOL MALEATE PRESERVATIVE FREE OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 3				
TIMOLOL MALE SOL 0.5%	TIMOLOL MALEATE OPHTH SOLN 0.5% (ONCE-DAILY)	Nivel 2				
TOBRA/DEXAME SUS 0.3-0.1%	TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE OPHTH SUSP 0.3-0.1%	Nivel 3				
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE OPHTH OINT 0.3-0.1%	Nivel 5				
TOBRAMYCIN SOL 0.3% OP	TOBRAMYCIN OPHTH SOLN 0.3%	Nivel 2				
TOBEX OIN 0.3% OP	TOBRAMYCIN OPHTH OINT 0.3%	Nivel 5				
TRAVOPROST DRO 0.004%	TRAVOPROST OPHTH SOLN 0.004% (BENZALKONIUM FREE) (BAK FREE)	Nivel 3		X		
TRIFLURIDINE SOL 1% OP	TRIFLURIDINE OPHTH SOLN 1%	Nivel 3				
TRIMETHOPRIM SOL POLYMYXN	POLYMYXIN B-TRIMETHOPRIM OPHTH SOLN 10000 UNIT/ML-0.1%	Nivel 2				
XELPROS EMU 0.005%	LATANOPROST OPHTH EMULSION 0.005%	Nivel 5		X		
ZIRGAN GEL 0.15%	GANCICLOVIR OPHTH GEL 0.15%	Nivel 5				
ZYLET SUS 0.5-0.3%	LOTEPREDNOL ETABONATE- TOBRAMYCIN OPHTH SUSP 0.5-0.3%	Nivel 5				
Agentes óticos						
ACETIC ACID SOL 2% OTIC	ACETIC ACID OTIC SOLN 2%	Nivel 2				
CIPRO/DEXA SUS 0.3-0.1%	CIPROFLOXACIN-DEXAMETHASONE OTIC SUSP 0.3-0.1%	Nivel 3			X	
CIPRO/FLUOC DRO PF	CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE ACETON (PF) OTIC SOLN 0.3-0.025%	Nivel 5				
CIPROFLOXACN SOL 0.2%	CIPROFLOXACIN HCL OTIC SOLN 0.2% (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
CORTISPORIN SUS -TC OTIC	NEOMYCIN-COLISTIN-HC- THONZONIUM OTIC SUSP 3.3-3-10-0.5 MG/ML	Nivel 5				
FLAC OIL 0.01%	FLUOCINOLONE ACETONIDE (OTIC) OIL 0.01%	Nivel 3				
FLUOCIN ACET OIL 0.01%	FLUOCINOLONE ACETONIDE (OTIC) OIL 0.01%	Nivel 3				
HC/ACET ACID SOL OTIC	HYDROCORTISONE W/ ACETIC ACID OTIC SOLN 1-2%	Nivel 3				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
NEO/POLY/HC SOL 1% OTIC	NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC OTIC SOLN 1%	Nivel 2				
NEO/POLY/HC SUS 1% OTIC	NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC OTIC SUSP 3.5 MG/ML-10000 UNIT/ML-1%	Nivel 2				
OFLOXACIN DRO 0.3% OTIC	OFLOXACIN OTIC SOLN 0.3%	Nivel 2				
OTOVEL DRO	CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE ACETON (PF) OTIC SOLN 0.3-0.025%	Nivel 5				
Agentes pulmonares/del tracto respiratorio						
ACETYLCYST SOL 10%	ACETYLCYSTEINE INHAL SOLN 10%	Nivel 2				
ACETYLCYST SOL 20%	ACETYLCYSTEINE INHAL SOLN 20%	Nivel 2				
ADEMPAS TAB 0.5MG	RIOCIGUAT TAB 0.5 MG	Nivel 4	X	X		
ADEMPAS TAB 1.5MG	RIOCIGUAT TAB 1.5 MG	Nivel 4	X	X		
ADEMPAS TAB 1MG	RIOCIGUAT TAB 1 MG	Nivel 4	X	X		
ADEMPAS TAB 2.5MG	RIOCIGUAT TAB 2.5 MG	Nivel 4	X	X		
ADEMPAS TAB 2MG	RIOCIGUAT TAB 2 MG	Nivel 4	X	X		
ALBUTEROL AER HFA	ALBUTEROL SULFATE INHAL AERO 108 MCG/ACT (90MCG BASE EQUIV)	Nivel 2			X	\$0 de Copago
ALBUTEROL NEB 0.083%	ALBUTEROL SULFATE SOLN NEBU 0.083% (2.5 MG/3ML)	Nivel 2				\$0 de Copago
ALBUTEROL NEB 0.5%	ALBUTEROL SULFATE SOLN NEBU 0.5% (5 MG/ML)	Nivel 2				\$0 de Copago
ALBUTEROL NEB 0.63MG/3	ALBUTEROL SULFATE SOLN NEBU 0.63 MG/3ML (BASE EQUIV)	Nivel 2				\$0 de Copago
ALBUTEROL NEB 1.25MG/3	ALBUTEROL SULFATE SOLN NEBU 1.25 MG/3ML (BASE EQUIV)	Nivel 2				\$0 de Copago
ALBUTEROL SYP 2MG/5ML	ALBUTEROL SULFATE SYRUP 2 MG/5ML	Nivel 3				
ALBUTEROL TAB 2MG	ALBUTEROL SULFATE TAB 2 MG	Nivel 3				
ALBUTEROL TAB 4MG	ALBUTEROL SULFATE TAB 4 MG	Nivel 3				
ALBUTEROL TAB 4MG ER	ALBUTEROL SULFATE TAB ER 12HR 4 MG	Nivel 2				
ALBUTEROL TAB 8MG ER	ALBUTEROL SULFATE TAB ER 12HR 8 MG	Nivel 2				
ALVESCO AER 160MCG	CICLESONIDE INHAL AEROSOL 160 MCG/ACT	Nivel 5			X	
ALVESCO AER 80MCG	CICLESONIDE INHAL AEROSOL 80 MCG/ACT	Nivel 5			X	
ALYQ TAB 20MG	TADALAFIL TAB 20 MG (PAH)	Nivel 4	X	X		
AMBRISANTAN TAB 10MG	AMBRISANTAN TAB 10 MG	Nivel 4	X	X		
AMBRISANTAN TAB 5MG	AMBRISANTAN TAB 5 MG	Nivel 4	X	X		
ARFORMOTEROL NEB 15/2ML	ARFORMOTEROL TARTRATE SOLN NEBU 15 MCG/2ML (BASE EQUIV)	Nivel 3			X	
ARNUITY ELPT INH 100MCG	FLUTICASONE FUROATE AEROSOL POWDER BREATH ACTIV 100 MCG/ACT	Nivel 3			X	
ARNUITY ELPT INH 200MCG	FLUTICASONE FUROATE AEROSOL POWDER BREATH ACTIV 200 MCG/ACT	Nivel 3			X	
ARNUITY ELPT INH 50MCG	FLUTICASONE FUROATE AEROSOL POWDER BREATH ACTIV 50 MCG/ACT	Nivel 3			X	
ASMANEX 120 AER 220MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL POWD 220 MCG/ACT (BREATH ACTIVATED)	Nivel 3			X	
ASMANEX 14 AER 220MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL POWD 220 MCG/ACT (BREATH ACTIVATED)	Nivel 3			X	

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
ASMANEX 30 AER 110MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL POWD 110 MCG/ACT (BREATH ACTIVATED)	Nivel 3		X		
ASMANEX 30 AER 220MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL POWD 220 MCG/ACT (BREATH ACTIVATED)	Nivel 3		X		
ASMANEX 60 AER 220MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL POWD 220 MCG/ACT (BREATH ACTIVATED)	Nivel 3		X		
ASMANEX 7 AER 110MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL POWD 110 MCG/ACT (BREATH ACTIVATED)	Nivel 3		X		
ASMANEX HFA AER 100 MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL AEROSOL SUSPENSION 100 MCG/ACT	Nivel 3		X		
ASMANEX HFA AER 200 MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL AEROSOL SUSPENSION 200 MCG/ACT	Nivel 3		X		
ASMANEX HFA AER 50MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL AEROSOL SUSPENSION 50 MCG/ACT	Nivel 3		X		
ATROVENT HFA AER 17MCG	IPRATROPIUM BROMIDE HFA INHAL AEROSOL 17 MCG/ACT	Nivel 5		X		
AZEL/FLUTIC SPR 137-50	AZELASTINE HCL-FLUTICASONE PROP NASAL SPRAY 137-50 MCG/ACT	Nivel 3		X		
AZELASTINE SPR 0.1%	AZELASTINE HCL NASAL SPRAY 0.1% (137 MCG/SPRAY)	Nivel 2		X		
BENZONATATE CAP 100MG	BENZONATATE CAP 100 MG	Nivel 2				
BENZONATATE CAP 200MG	BENZONATATE CAP 200 MG	Nivel 2				
BEVESPI AER 9-4.8MCG	GLYCOPYRROLATE-FORMOTEROL FUMARATE AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	Nivel 3		X		
BOSENTAN TAB 125MG	BOSENTAN TAB 125 MG	Nivel 4	X	X		
BOSENTAN TAB 62.5MG	BOSENTAN TAB 62.5 MG	Nivel 4	X	X		
BPM-PSE-DM SYP 2-30-10	PSEUDOEPHED-BROMPHEN-DM SYRUP 30-2-10 MG/5ML	Nivel 2				
BREO ELLIPTA INH 100-25	FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL AERO POWD BA 100-25 MCG/ACT	Nivel 5		X		
BREO ELLIPTA INH 200-25	FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL AERO POWD BA 200-25 MCG/ACT	Nivel 5		X		
BROM/PSE/DM SYP	PSEUDOEPHED-BROMPHEN-DM SYRUP 30-2-10 MG/5ML	Nivel 2				
BROM/PSE/DM SYP 2-30-10	PSEUDOEPHED-BROMPHEN-DM SYRUP 30-2-10 MG/5ML	Nivel 2				
BROM/PSE/DM SYP 2/30/10	PSEUDOEPHED-BROMPHEN-DM SYRUP 30-2-10 MG/5ML	Nivel 2				
BUDES/FORMOT AER 160-4.5	BUDESONIDE-FORMOTEROL FUMARATE DIHYD AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT	Nivel 5		X		
BUDES/FORMOT AER 80-4.5	BUDESONIDE-FORMOTEROL FUMARATE DIHYD AEROSOL 80-4.5 MCG/ACT	Nivel 5		X		
BUDESONIDE SUS 0.25MG/2	BUDESONIDE INHALATION SUSP 0.25 MG/2ML	Nivel 3		X		
BUDESONIDE SUS 0.5MG/2	BUDESONIDE INHALATION SUSP 0.5 MG/2ML	Nivel 3		X		
BUDESONIDE SUS 1MG/2ML	BUDESONIDE INHALATION SUSP 1 MG/2ML	Nivel 3		X		
CARBINOXAMIN SOL 4MG/5ML	CARBINOXAMINE MALEATE SOLN 4 MG/5ML	Nivel 2				

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
CARBINOXAMIN TAB 4MG	CARBINOXAMINE MALEATE TAB 4 MG	Nivel 2				
CLEMASTINE TAB 2.68MG	CLEMASTINE FUMARATE TAB 2.68 MG	Nivel 2				
CROMOLYN SOD NEB 20MG/2ML	CROMOLYN SODIUM SOLN NEBU 20 MG/2ML	Nivel 3				
CYPROHEPTAD SYP 2MG/5ML	CYPROHEPTADINE HCL SYRUP 2 MG/5ML	Nivel 2				
CYPROHEPTAD TAB 4MG	CYPROHEPTADINE HCL TAB 4 MG	Nivel 2				
DESLORATADIN TAB 5MG	DESLORATADINE TAB 5 MG	Nivel 2				
DEXCHLORPHEN SOL 2MG/5ML	DEXCHLORPHENIRAMINE MALEATE ORAL SOLN 2 MG/5ML	Nivel 3				
DIPHEN ELX 12.5/5ML	DIPHENHYDRAMINE HCL ELIXIR 12.5 MG/5ML	Nivel 2				BH*
DIPHENHYDRAM ELX 12.5/5ML	DIPHENHYDRAMINE HCL ELIXIR 12.5 MG/5ML	Nivel 2				BH*
ELIXOPHYLLIN ELX 80/15ML	THEOPHYLLINE ELIXIR 80 MG/15ML	Nivel 3				
EPINEPHRINE INJ 0.15MG	EPINEPHRINE SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.15 MG/0.15ML (1:1000)	Nivel 2		X		\$0 de Copago
EPINEPHRINE INJ 0.15MG	EPINEPHRINE SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.15 MG/0.3ML (1:2000)	Nivel 2		X		\$0 de Copago
EPINEPHRINE INJ 0.3MG	EPINEPHRINE SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.3 MG/0.3ML (1:1000)	Nivel 2		X		\$0 de Copago
FLUNISOLIDE SPR 0.025%	FLUNISOLIDE NASAL SOLN 25 MCG/ACT (0.025%)	Nivel 2				
FLUTIC/SALME AER 100/50	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 100-50 MCG/ACT	Nivel 3		X		
FLUTIC/SALME AER 250/50	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 250-50 MCG/ACT	Nivel 3		X		
FLUTIC/SALME AER 500/50	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 500-50 MCG/ACT	Nivel 3		X		
FLUTIC/SALME INH 113/14	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 113-14 MCG/ACT	Nivel 3		X		
FLUTIC/SALME INH 232/14	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 232-14 MCG/ACT	Nivel 3		X		
FLUTIC/SALME INH 55/14	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 55-14 MCG/ACT	Nivel 3		X		
FLUTIC/VILAN INH 100-25	FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL AERO POWD BA 100-25 MCG/ACT	Nivel 5		X		
FLUTIC/VILAN INH 200-25	FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL AERO POWD BA 200-25 MCG/ACT	Nivel 5		X		
FLUTICASONE SPR 50MCG	FLUTICASONE PROPIONATE NASAL SUSP 50 MCG/ACT	Nivel 2		X		
FORMOTEROL NEB 20/2ML	FORMOTEROL FUMARATE SOLN NEBU 20 MCG/2ML	Nivel 3		X		
GILPHEX TR TAB 10-388MG	PHENYLEPHRINE-GUAIFENESIN TAB 10-388 MG	Nivel 5				
GUAIAIUSS AC SYP 100-10/5	GUAIFENESIN-CODEINE SOLN 100-10 MG/5ML	Nivel 2	X	X		
HYD POL/CPM SUS 10-8/5ML	HYDROCOD POLST-CHLORPHEN POLST ER SUSP 10-8 MG/5ML	Nivel 3	X	X		
HYDROC/HOMAT TAB 5-1.5MG	HYDROCODONE BITART-HOMATROPINE METHYLBROMIDE TAB 5-1.5 MG	Nivel 2	X	X		
HYDROCOD/HOM SYP 5-1.5/5	HYDROCODONE BITART-HOMATROPINE METHYLBROM SOLN 5-1.5 MG/5ML	Nivel 2	X	X		

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
HYDROMET SYP 5-1.5/5	HYDROCODONE BITART- HOMATROPINE METHYLBROM SOLN 5-1.5 MG/5ML	Nivel 2	X	X		
HYPERSAL NEB 3.5%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 3.5%	Nivel 3				
HYPERSAL NEB 7%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 7%	Nivel 3				
INCRUSE ELPT INH 62.5MCG	UMECLIDINIUM BR AERO POWD BREATH ACT 62.5 MCG/ACT (BASE EQ)	Nivel 3		X		
IPRATROPIUM SOL 0.02% INH	IPRATROPIUM BROMIDE INHAL SOLN 0.02%	Nivel 2				
IPRATROPIUM SPR 0.03%	IPRATROPIUM BROMIDE NASAL SOLN 0.03% (21 MCG/SPRAY)	Nivel 2				
IPRATROPIUM SPR 0.06%	IPRATROPIUM BROMIDE NASAL SOLN 0.06% (42 MCG/SPRAY)	Nivel 2				
IPRATROPIUM/ SOL ALBUTER	IPRATROPIUM-ALBUTEROL NEBU SOLN 0.5-2.5(3) MG/3ML	Nivel 2				
LEVALBUTEROL NEB 0.31MG	LEVALBUTEROL HCL SOLN NEBU 0.31 MG/3ML (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
LEVALBUTEROL NEB 0.63MG	LEVALBUTEROL HCL SOLN NEBU 0.63 MG/3ML (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
LEVALBUTEROL NEB 1.25/0.5	LEVALBUTEROL HCL SOLN NEBU CONC 1.25 MG/0.5ML (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
LEVALBUTEROL NEB 1.25MG	LEVALBUTEROL HCL SOLN NEBU 1.25 MG/3ML (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
LEVOCETIRIZI SOL 2.5/5ML	LEVOCETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE SOLN 2.5 MG/5ML (0.5 MG/ML)	Nivel 3				
LEVOCETIRIZI TAB 5MG	LEVOCETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE TAB 5 MG	Nivel 2		X		
MOMETASONE SPR 50MCG	MOMETASONE FUROATE NASAL SUSP 50 MCG/ACT	Nivel 3		X		
MONTELUKAST CHW 4MG	MONTELUKAST SODIUM CHEW TAB 4 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
MONTELUKAST CHW 5MG	MONTELUKAST SODIUM CHEW TAB 5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
MONTELUKAST GRA 4MG	MONTELUKAST SODIUM ORAL GRANULES PACKET 4 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
MONTELUKAST TAB 10MG	MONTELUKAST SODIUM TAB 10 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
OLOPATADINE SPR 0.6%	OLOPATADINE HCL NASAL SOLN 0.6%	Nivel 3		X		
OPSUMIT TAB 10MG	MACITENTAN TAB 10 MG	Nivel 4	X	X		
ORENITRAM TAB 0.125MG	TREPROSTINIL DIOLAMINE TAB ER 0.125 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
ORENITRAM TAB 0.25MG	TREPROSTINIL DIOLAMINE TAB ER 0.25 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
ORENITRAM TAB 1MG	TREPROSTINIL DIOLAMINE TAB ER 1 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
ORENITRAM TAB 2.5MG	TREPROSTINIL DIOLAMINE TAB ER 2.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
ORENITRAM TAB 5MG	TREPROSTINIL DIOLAMINE TAB ER 5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
ORENITRAM TAB MONTH 1	TREPROSTINIL TAB ER TITR PK (MO1) 126 X0.125MG & 42 X0.25MG	Nivel 6	X	X		
ORENITRAM TAB MONTH 2	TREPROSTINIL TAB ER TITR PK (MO2) 126 X0.125MG & 210 X0.25MG	Nivel 6	X	X		
ORENITRAM TAB MONTH 3	TREPROSTINIL TAB ER TITR PK(MO3)1 26X0.125MG&42X0.25MG&84X1MG	Nivel 6	X	X		
ORKAMBI GRA 100-125	LUMACAF TOR-IVACAF TOR GRANULES PACKET 100-125 MG	Nivel 6	X	X		

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
ORKAMBI GRA 150-188	LUMACAFITOR-IVACAFITOR GRANULES PACKET 150-188 MG	Nivel 6	X	X		
ORKAMBI GRA 75-94MG	LUMACAFITOR-IVACAFITOR GRANULES PACKET 75-94 MG	Nivel 6	X	X		
ORKAMBI TAB 100-125	LUMACAFITOR-IVACAFITOR TAB 100-125 MG	Nivel 6	X	X		
ORKAMBI TAB 200-125	LUMACAFITOR-IVACAFITOR TAB 200-125 MG	Nivel 6	X	X		
PIRFENIDONE CAP 267MG	PIRFENIDONE CAP 267 MG	Nivel 4	X	X		
PIRFENIDONE TAB 267MG	PIRFENIDONE TAB 267 MG	Nivel 4	X	X		
PIRFENIDONE TAB 534MG	PIRFENIDONE TAB 534 MG	Nivel 4	X	X		
PIRFENIDONE TAB 801MG	PIRFENIDONE TAB 801 MG	Nivel 4	X	X		
PROMETH VC SYP 6.25-5/5	PROMETHAZINE & PHENYLEPHRINE SYRUP 6.25-5 MG/5ML	Nivel 2				
PROMETH VC/ SYP CODEINE	PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE-CODEINE SYRUP 6.25-5-10 MG/5ML	Nivel 2	X	X		
PROMETH/COD SOL 6.25-10	PROMETHAZINE W/ CODEINE SYRUP 6.25-10 MG/5ML	Nivel 2	X	X		
PROMETH/PE SYP 6.25-5/5	PROMETHAZINE & PHENYLEPHRINE SYRUP 6.25-5 MG/5ML	Nivel 2				
PROMETH/PE/ SYP CODEINE	PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE-CODEINE SYRUP 6.25-5-10 MG/5ML	Nivel 2	X	X		
PROMETHAZINE SOL 6.25/5ML	PROMETHAZINE HCL SYRUP 6.25 MG/5ML	Nivel 2				
PROMETHAZINE SOL DM	PROMETHAZINE-DM SYRUP 6.25-15 MG/5ML	Nivel 2				
PROMETHAZINE SUP 12.5MG	PROMETHAZINE HCL SUPPOS 12.5 MG	Nivel 3		X		
PROMETHAZINE SUP 25MG	PROMETHAZINE HCL SUPPOS 25 MG	Nivel 3		X		
PROMETHAZINE SYP 6.25/5ML	PROMETHAZINE HCL SYRUP 6.25 MG/5ML	Nivel 2				
PROMETHAZINE SYP DM	PROMETHAZINE-DM SYRUP 6.25-15 MG/5ML	Nivel 2				
PROMETHAZINE TAB 12.5MG	PROMETHAZINE HCL TAB 12.5 MG	Nivel 2				
PROMETHAZINE TAB 25MG	PROMETHAZINE HCL TAB 25 MG	Nivel 2				
PROMETHAZINE TAB 50MG	PROMETHAZINE HCL TAB 50 MG	Nivel 2				
PROMETHEGAN SUP 12.5MG	PROMETHAZINE HCL SUPPOS 12.5 MG	Nivel 3		X		
PROMETHEGAN SUP 25MG	PROMETHAZINE HCL SUPPOS 25 MG	Nivel 3		X		
PROMETHEGAN SUP 50MG	PROMETHAZINE HCL SUPPOS 50 MG	Nivel 3		X		
PULMICORT INH 180MCG	BUDESONIDE INHAL AERO POWD 180 MCG/ACT (BREATH ACTIVATED)	Nivel 3		X		
PULMICORT INH 90MCG	BUDESONIDE INHAL AERO POWD 90 MCG/ACT (BREATH ACTIVATED)	Nivel 3		X		
PULMOZYME SOL 1MG/ML	DORNASE ALFA INHAL SOLN 2.5 MG/2.5ML	Nivel 6	X	X		
QVAR REDIIHA AER 80MCG	BECLOMETHASONE DIPROP HFA BREATH ACT INH AER 80 MCG/ACT	Nivel 3		X		
QVAR REDIIHAL AER 40MCG	BECLOMETHASONE DIPROP HFA BREATH ACT INH AER 40 MCG/ACT	Nivel 3		X		
ROFLUMILAST TAB 250MCG	ROFLUMILAST TAB 250 MCG	Nivel 3	X	X		
ROFLUMILAST TAB 500MCG	ROFLUMILAST TAB 500 MCG	Nivel 3	X	X		
SEREVENT DIS AER 50MCG	SALMETEROL XINAFOATE AER POW BA 50 MCG/ACT (BASE EQUIV)	Nivel 5		X		
SILDENAFIL SUS 10MG/ML	SILDENAFIL CITRATE FOR SUSPENSION 10 MG/ML	Nivel 3	X	X		
SILDENAFIL TAB 20MG	SILDENAFIL CITRATE TAB 20 MG	Nivel 3	X	X		
SOD CHLORIDE NEB 0.9%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 0.9%	Nivel 2				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
SODIUM CHLOR NEB 10%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 10%	Nivel 2				
SODIUM CHLOR NEB 3%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 3%	Nivel 2				
SODIUM CHLOR NEB 7%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 7%	Nivel 2				
SPIRIVA AER 1.25MCG	TIOTROPIUM BROMIDE MONOHYDRATE INHAL AEROSOL 1.25 MCG/ACT	Nivel 3		X		
SPIRIVA CAP HANDIHLR	TIOTROPIUM BROMIDE MONOHYDRATE INHAL CAP 18 MCG (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
SPIRIVA SPR 2.5MCG	TIOTROPIUM BROMIDE MONOHYDRATE INHAL AEROSOL 2.5 MCG/ACT	Nivel 3		X		
STRIVERDI AER 2.5MCG	OLODATEROL HCL INHAL AEROSOL SOLN 2.5 MCG/ACT (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
SYMJEPI INJ 0.15MG	EPINEPHRINE SOLN PREFILLED SYRINGE 0.15 MG/0.3ML (1:2000)	Nivel 2		X		\$0 de Copago
SYMJEPI INJ 0.3MG	EPINEPHRINE SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.3 MG/0.3ML (1:1000)	Nivel 2		X		\$0 de Copago
TADALAFIL TAB 20MG	TADALAFIL TAB 20 MG (PAH)	Nivel 4	X	X		
TERBUTALINE TAB 2.5MG	TERBUTALINE SULFATE TAB 2.5 MG	Nivel 3				
TERBUTALINE TAB 5MG	TERBUTALINE SULFATE TAB 5 MG	Nivel 3				
THEO-24 CAP 100MG CR	THEOPHYLLINE CAP ER 24HR 100 MG	Nivel 5				
THEO-24 CAP 200MG CR	THEOPHYLLINE CAP ER 24HR 200 MG	Nivel 5				
THEO-24 CAP 300MG CR	THEOPHYLLINE CAP ER 24HR 300 MG	Nivel 5				
THEO-24 CAP 400MG ER	THEOPHYLLINE CAP ER 24HR 400 MG	Nivel 5				
THEOPHYLLINE SOL 80/15ML	THEOPHYLLINE SOLN 80 MG/15ML	Nivel 3				
THEOPHYLLINE TAB 300MG ER	THEOPHYLLINE TAB ER 12HR 300 MG	Nivel 2				
THEOPHYLLINE TAB 400MG ER	THEOPHYLLINE TAB ER 24HR 400 MG	Nivel 2				
THEOPHYLLINE TAB 450MG ER	THEOPHYLLINE TAB ER 12HR 450 MG	Nivel 2				
THEOPHYLLINE TAB 600MG ER	THEOPHYLLINE TAB ER 24HR 600 MG	Nivel 2				
TOBRAMYCIN NEB 300/5ML	TOBRAMYCIN NEBU SOLN 300 MG/5ML	Nivel 6	X	X		
TRELEGY AER 100MCG	FLUTICASONE-UMECLIDINIUM- VILANTEROL AEPB 100-62.5-25 MCG/ ACT	Nivel 5		X		
TRELEGY AER 200MCG	FLUTICASONE-UMECLIDINIUM- VILANTEROL AEPB 200-62.5-25 MCG/ ACT	Nivel 5		X		
TUSSICAPS CAP 10-8MG	HYDROCOD POLST-CHLORPHEN POLST CAP ER 12HR 10-8 MG	Nivel 5	X	X		
TUXARIN ER TAB 54.3-8MG	CODEINE PHOS- CHLORPHENIRAMINE MALEATE TAB ER 12HR 54.3-8 MG	Nivel 5	X	X		
TUZISTRA XR SUS	CODEINE POLIST-CHLORPHEN POLIST ER SUSP 14.7-2.8 MG/5ML	Nivel 5	X	X		
TYVASO SOL 0.6MG/ML	TREPROSTINIL INHALATION SOLUTION 0.6 MG/ML	Nivel 4	X	X		
TYVASO DPI POW 16-32-48	TREPROSTINIL INH POWD 112 X 16MCG & 112 X 32MCG & 28 X 48MCG	Nivel 4	X	X		
TYVASO DPI POW 16-32MCG	TREPROSTINIL INH POWDER 112 X 16MCG & 84 X 32MCG	Nivel 4	X	X		
TYVASO DPI POW 16MCG	TREPROSTINIL INH POWDER 16 MCG/ CARTRIDGE	Nivel 4	X	X		
TYVASO DPI POW 32-48MCG	TREPROSTINIL INH POWDER 112 X 32MCG & 112 X 48MCG	Nivel 4	X	X		

REFERENCIA: **H:** Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
TYVASO DPI POW 32MCG	TREPROSTINIL INH POWDER 32 MCG/ CARTRIDGE	Nivel 4	X	X		
TYVASO DPI POW 48MCG	TREPROSTINIL INH POWDER 48 MCG/ CARTRIDGE	Nivel 4	X	X		
TYVASO DPI POW 64MCG	TREPROSTINIL INH POWDER 64 MCG/ CARTRIDGE	Nivel 4	X	X		
TYVASO REFIL SOL 0.6MG/ML	TREPROSTINIL INHALATION SOLUTION 0.6 MG/ML	Nivel 4	X	X		
TYVASO START SOL 0.6MG/ML	TREPROSTINIL INHALATION SOLUTION 0.6 MG/ML	Nivel 4	X	X		
VENTAVIS SOL 10MCG/ML	ILOPROST INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML	Nivel 6	X	X		
VENTAVIS SOL 20MCG/ML	ILOPROST INHALATION SOLUTION 20 MCG/ML	Nivel 6	X	X		
VENTOLIN HFA AER	ALBUTEROL SULFATE INHAL AERO 108 MCG/ACT (90MCG BASE EQUIV)	Nivel 2		X		\$0 de Copago
WIXELA INHUB AER 100/50	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 100-50 MCG/ACT	Nivel 3		X		
WIXELA INHUB AER 250/50	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 250-50 MCG/ACT	Nivel 3		X		
WIXELA INHUB AER 500/50	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 500-50 MCG/ACT	Nivel 3		X		
XOLAIR INJ 150MG/ML	OMALIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 150 MG/ ML	Nivel 4	X	X		
XOLAIR INJ 75/0.5	OMALIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML	Nivel 4	X	X		
YUPELRI SOL	REVEFENACIN INHALATION SOLUTION 175 MCG/3ML	Nivel 5	X	X		
ZAFIRLUKAST TAB 10MG	ZAFIRLUKAST TAB 10 MG	Nivel 3		X		
ZAFIRLUKAST TAB 20MG	ZAFIRLUKAST TAB 20 MG	Nivel 3		X		
ZILEUTON ER TAB 600MG	ZILEUTON TAB ER 12HR 600 MG	Nivel 3			X	

Agentes pulmonares/del tracto respiratorio - Medicamentos para tratar alergias, tos, resfríos y condiciones pulmonares

DI-PHEN ELX 12.5/5ML	DIPHENHYDRAMINE HCL ELIXIR 12.5 MG/5ML	Nivel 2				BH*
----------------------	--	---------	--	--	--	-----

Relajantes de músculos esqueléticos

BACLOFEN TAB 10MG	BACLOFEN TAB 10 MG	Nivel 2				
BACLOFEN TAB 20MG	BACLOFEN TAB 20 MG	Nivel 2				
BACLOFEN TAB 5MG	BACLOFEN TAB 5 MG	Nivel 2				
CARISOPRODOL TAB 350MG	CARISOPRODOL TAB 350 MG	Nivel 2		X		
CHLORZOAZON TAB 500MG	CHLORZOAZONE TAB 500 MG	Nivel 3				
CYCLOBENZAPR TAB 10MG	CYCLOBENZAPRINE HCL TAB 10 MG	Nivel 2				
CYCLOBENZAPR TAB 5MG	CYCLOBENZAPRINE HCL TAB 5 MG	Nivel 2				
CYCLOBENZAPR TAB 7.5MG	CYCLOBENZAPRINE HCL TAB 7.5 MG	Nivel 2				
DANTROLENE CAP 100MG	DANTROLENE SODIUM CAP 100 MG	Nivel 3				
DANTROLENE CAP 25MG	DANTROLENE SODIUM CAP 25 MG	Nivel 3				
DANTROLENE CAP 50MG	DANTROLENE SODIUM CAP 50 MG	Nivel 3				
METAXALONE TAB 400MG	METAXALONE TAB 400 MG	Nivel 3				
METAXALONE TAB 800MG	METAXALONE TAB 800 MG	Nivel 3				
METHOCARBAM TAB 500MG	METHOCARBAMOL TAB 500 MG	Nivel 2				
METHOCARBAM TAB 750MG	METHOCARBAMOL TAB 750 MG	Nivel 2				
ORPHENADRINE TAB 100MG ER	ORPHENADRINE CITRATE TAB ER 12HR 100 MG	Nivel 2				
TIZANIDINE CAP 2MG	TIZANIDINE HCL CAP 2 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautori- zación	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Límites y requisitos
TIZANIDINE CAP 4MG	TIZANIDINE HCL CAP 4 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
TIZANIDINE CAP 6MG	TIZANIDINE HCL CAP 6 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
TIZANIDINE TAB 2MG	TIZANIDINE HCL TAB 2 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
TIZANIDINE TAB 4MG	TIZANIDINE HCL TAB 4 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
Agentes para trastornos del sueño						
ARMODAFINIL TAB 150MG	ARMODAFINIL TAB 150 MG	Nivel 1	X	X		BH
ARMODAFINIL TAB 200MG	ARMODAFINIL TAB 200 MG	Nivel 1	X	X		BH
ARMODAFINIL TAB 250MG	ARMODAFINIL TAB 250 MG	Nivel 1	X	X		BH
ARMODAFINIL TAB 50MG	ARMODAFINIL TAB 50 MG	Nivel 1	X	X		BH
BELSOMRA TAB 10MG	SUVOREXANT TAB 10 MG	Nivel 5		X	X	BH*
BELSOMRA TAB 15MG	SUVOREXANT TAB 15 MG	Nivel 5		X	X	BH*
BELSOMRA TAB 20MG	SUVOREXANT TAB 20 MG	Nivel 5		X	X	BH*
BELSOMRA TAB 5MG	SUVOREXANT TAB 5 MG	Nivel 5		X	X	BH*
DOXEPIN TAB 3MG	DOXEPIN HCL (SLEEP) TAB 3 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		BH*
DOXEPIN TAB 6MG	DOXEPIN HCL (SLEEP) TAB 6 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		BH*
ESZOPICLONE TAB 1MG	ESZOPICLONE TAB 1 MG	Nivel 2		X		BH*
ESZOPICLONE TAB 2MG	ESZOPICLONE TAB 2 MG	Nivel 2		X		BH*
ESZOPICLONE TAB 3MG	ESZOPICLONE TAB 3 MG	Nivel 2		X		BH*
FLURAZEPAM CAP 15MG	FLURAZEPAM HCL CAP 15 MG	Nivel 2		X		BH*
FLURAZEPAM CAP 30MG	FLURAZEPAM HCL CAP 30 MG	Nivel 2		X		BH*
MODAFINIL TAB 100MG	MODAFINIL TAB 100 MG	Nivel 1	X	X		BH
MODAFINIL TAB 200MG	MODAFINIL TAB 200 MG	Nivel 1	X	X		BH
RAMELTEON TAB 8MG	RAMELTEON TAB 8 MG	Nivel 3		X	X	BH*
SUNOSI TAB 150MG	SOLRIAMFETOL HCL TAB 150 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1	X	X		BH
SUNOSI TAB 75MG	SOLRIAMFETOL HCL TAB 75 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1	X	X		BH
TASIMELTEON CAP 20MG	TASIMELTEON CAPSULE 20 MG	Nivel 6	X	X		BH*
TEMAZEPAM CAP 15MG	TEMAZEPAM CAP 15 MG	Nivel 2		X		BH*
TEMAZEPAM CAP 22.5MG	TEMAZEPAM CAP 22.5 MG	Nivel 2		X		BH*
TEMAZEPAM CAP 30MG	TEMAZEPAM CAP 30 MG	Nivel 2		X		BH*
TEMAZEPAM CAP 7.5MG	TEMAZEPAM CAP 7.5 MG	Nivel 2		X		BH*
ZALEPLON CAP 10MG	ZALEPLON CAP 10 MG	Nivel 2	X	X		BH*
ZALEPLON CAP 5MG	ZALEPLON CAP 5 MG	Nivel 2	X	X		BH*
ZOLPIDEM TAB 10MG	ZOLPIDEM TARTRATE TAB 10 MG	Nivel 2	X	X		BH*
ZOLPIDEM TAB 5MG	ZOLPIDEM TARTRATE TAB 5 MG	Nivel 2	X	X		BH*

REFERENCIA: H: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H*: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud

H-A: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud con plan de contingencia de acuerdo con la edad

H-M: Beneficio preventivo de la Ley de Reforma de Cuidado de la Salud (atención médica o medicamentos con receta)

BH: Medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento a su disposición sin costo para usted

BH*: Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento

\$0 de Copago: Medicamentos a su disposición sin costo para usted



Lista de Medicamentos y Productos Médicos

Estos productos podrían estar cubiertos por su beneficio médico y se incluyen únicamente a modo de referencia. Puede encontrar información adicional sobre cobertura médica en el siguiente sitio: uhcprovider.com/content/dam/provider/docs/public/resources/pharmacy/IFP-Clinical-Program-Summary-Drug-List.pdf.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nombre del medicamento	Nombre genérico
A-HYDROCORT INJ 100MG	HYDROCORTISONE SODIUM SUCCINATE FOR INJ 100 MG	ADRENALIN INJ 30/30ML	EPINEPHRINE INJ 30 MG/30ML (1 MG/ML) (1:1000)
A-METHAPRED INJ 125MG	METHYLPREDNISOLONE SOD SUCC FOR INJ 125 MG (BASE EQUIV)	ADRIAMYCIN INJ 10MG	DOXORUBICIN HCL FOR INJ 10 MG
A-METHAPRED INJ 40MG	METHYLPREDNISOLONE SOD SUCC FOR INJ 40 MG (BASE EQUIV)	ADRIAMYCIN INJ 10MG	DOXORUBICIN HCL INJ 2 MG/ML
ABECMA INJ	IDECABTAGENE VICLEUCEL IV SUSP 460,000,000 CELLS	ADRIAMYCIN INJ 200MG	DOXORUBICIN HCL INJ 2 MG/ML
ABELCET INJ 5MG/ML	AMPHOTERICIN B LIPID INJ SUSP (FOR IV INFUSION) 5 MG/ML	ADRIAMYCIN INJ 20MG	DOXORUBICIN HCL INJ 2 MG/ML
ABILIFY MAIN INJ 300MG	ARIPIPRAZOLE IM FOR ER SUSP PREFILLED SYRINGE 300 MG	ADRIAMYCIN INJ 50MG	DOXORUBICIN HCL FOR INJ 50 MG
ABILIFY MAIN INJ 300MG	ARIPIPRAZOLE IM FOR EXTENDED RELEASE SUSP 300 MG	ADRIAMYCIN INJ 50MG	DOXORUBICIN HCL INJ 2 MG/ML
ABILIFY MAIN INJ 400MG	ARIPIPRAZOLE IM FOR ER SUSP PREFILLED SYRINGE 400 MG	ADRUCIL INJ 5/100ML	FLUOROURACIL IV SOLN 5 GM/100ML (50 MG/ML)
ABILIFY MAIN INJ 400MG	ARIPIPRAZOLE IM FOR EXTENDED RELEASE SUSP 400 MG	ADRUCIL INJ 500/10ML	FLUOROURACIL IV SOLN 500 MG/10ML (50 MG/ML)
ACETAZOLAMID INJ 500MG	ACETAZOLAMIDE SODIUM FOR INJ 500 MG	ADUHELM INJ 170MG	ADUCANUMAB-AVWA IV SOLN 170 MG/1.7ML (100 MG/ML)
ACTEMRA INJ 200/10ML	TOCILIZUMAB IV INJ 200 MG/10ML	ADUHELM INJ 300MG	ADUCANUMAB-AVWA IV SOLN 300 MG/3ML (100 MG/ML)
ACTEMRA INJ 400/20ML	TOCILIZUMAB IV INJ 400 MG/20ML	AGGRASTAT INJ 3.75/15	TIROFIBAN HCL IV CONC 3.75 MG/15ML (250 MCG/ML) (BASE EQUIV)
ACTEMRA INJ 80MG/4ML	TOCILIZUMAB IV INJ 80 MG/4ML	AKYNZEO INJ	FOSNETUPITANT-PALONOSETRON IV SOLN 235-0.25 MG/20ML
ACYCLOVIR NA INJ 1000MG	ACYCLOVIR SODIUM FOR INJ 1000 MG	AKYNZEO INJ 235-0.25	FOSNETUPITANT-PALONOSETRON FOR IV SOLN 235-0.25 MG
ACYCLOVIR NA INJ 500MG	ACYCLOVIR SODIUM FOR INJ 500 MG	ALBUMIN HUM INJ 25%	ALBUMIN, HUMAN INJ 25%
ACYCLOVIR NA INJ 50MG/ML	ACYCLOVIR SODIUM IV SOLN 50 MG/ML	ALBUMINEX SOL 25%	ALBUMIN, HUMAN-KJDA INJ 25%
ADAGEN INJ 250/ML	PEGADEMASE BOVINE INJ 250 UNIT/ML	ALBUMINEX SOL 5%	ALBUMIN, HUMAN-KJDA INJ 5%
ADAKVEO INJ 100/10ML	CRIZANLIZUMAB-TMCA IV SOLN 100 MG/10ML	ALDURAZYME INJ 2.9MG/5M	LARONIDASE SOLN FOR IV INFUSION 2.9 MG/5ML (500 UNIT/5ML)
ADENOSCAN INJ 3MG/ML	ADENOSINE IV SOLN 3 MG/ML (DIAGNOSTIC)	ALFENTANIL INJ 1000/2ML	ALFENTANIL HCL IV SOLN 1000 MCG/2ML (500 MCG/ML) (BASE EQ)
ADENOSINE INJ 12MG/4ML	ADENOSINE IV SOLN 12 MG/4ML	ALFENTANIL INJ 2500/5ML	ALFENTANIL HCL IV SOLN 2500 MCG/5ML (500 MCG/ML) (BASE EQ)
ADENOSINE INJ 6MG/2ML	ADENOSINE IV SOLN 3 MG/ML (DIAGNOSTIC)	ALIQOPA INJ 60MG	COPANLISIB HCL FOR IV SOLN 60 MG (BASE EQUIVALENT)
ADENOSINE INJ 6MG/2ML	ADENOSINE IV SOLN 6 MG/2ML	ALKERAN INJ 50MG	MELPHALAN HCL FOR INJ 50 MG (BASE EQUIV)
ADENOSINE INJ 90/30ML	ADENOSINE IV SOLN 3 MG/ML (DIAGNOSTIC)	ALLOPURINOL INJ 500MG	ALLOPURINOL SODIUM FOR INJ 500 MG
ADRENALIN INJ 1MG/ML	EPINEPHRINE INJ 1 MG/ML (1:1000)	ALOPRIM INJ 500MG	ALLOPURINOL SODIUM FOR INJ 500 MG



Nombre del medicamento	Nombre genérico
ALOXI INJ 0.25MG/5	PALONOSETRON HCL IV SOLN 0.25 MG/5ML (BASE EQUIVALENT)
AMBISOME INJ 50MG	AMPHOTERICIN B LIPOSOME IV FOR SUSP 50 MG
AMIDATE INJ 2MG/ML	ETOMIDATE IV SOLN 2 MG/ML
AMIKACIN INJ 1GM/4ML	AMIKACIN SULFATE INJ 1 GM/4ML (250 MG/ML)
AMIKACIN INJ 500/2ML	AMIKACIN SULFATE INJ 500 MG/2ML (250 MG/ML)
AMINOCAPR AC INJ 250MG/ML	AMINOCAPROIC ACID INJ 250 MG/ML
AMINOPHYLLIN INJ 25MG/ML	AMINOPHYLLINE INJ 25 MG/ML
AMIODARONE INJ 50MG/ML	AMIODARONE HCL INJ 450 MG/9ML (50 MG/ML)
AMIODARONE INJ 50MG/ML	AMIODARONE HCL INJ 900 MG/18ML (50 MG/ML)
AMIODARONE INJ 900MG/18	AMIODARONE HCL INJ 900 MG/18ML (50 MG/ML)
AMONDYS 45 INJ 50MG/ML	CASIMERSEN IV SOLN 100 MG/2ML (50 MG/ML)
AMP-SULBACTA INJ 1.5GM	AMPICILLIN & SULBACTAM SODIUM FOR IV SOLN 1.5 (1-0.5) GM
AMP-SULBACTA INJ 15GM	AMPICILLIN & SULBACTAM SODIUM FOR IV SOLN 15 (10-5) GM
AMP-SULBACTA INJ 3GM	AMPICILLIN & SULBACTAM SODIUM FOR IV SOLN 3 (2-1) GM
AMPHOTERICIN INJ 50MG	AMPHOTERICIN B FOR IV SOLN 50 MG
AMPICILLIN INJ 10GM	AMPICILLIN SODIUM FOR IV SOLN 10 GM
AMPICILLIN INJ 125MG	AMPICILLIN SODIUM FOR INJ 125 MG
AMPICILLIN INJ 1GM	AMPICILLIN SODIUM FOR INJ 1 GM
AMPICILLIN INJ 250MG	AMPICILLIN SODIUM FOR INJ 250 MG
AMPICILLIN INJ 2GM	AMPICILLIN SODIUM FOR INJ 2 GM
AMPICILLIN INJ 500MG	AMPICILLIN SODIUM FOR INJ 500 MG
ANDEXXA SOL 100MG	COAGULATION FACT XA (RECOMB) INACT-ZHZO FOR IV SOLN 100 MG
ANDEXXA SOL 200MG	COAGULATION FACT XA (RECOMB) INACT-ZHZO FOR IV SOLN 200 MG
ANGIOMAX INJ 250MG	BIVALIRUDIN TRIFLUOROACETATE FOR IV SOLN 250 MG (BASE EQUIV)
ANJESO INJ 30MG/ML	MELOXICAM IV INJ 30 MG/ML
ARALAST NP INJ 1000MG	ALPHA1-PROTEINASE INHIBITOR (HUMAN) FOR IV SOLN 1000 MG
ARISTADA INJ 1064MG	ARIPIPRAZOLE LAUROXIL IM ER SUSP PREFILLED SYR 1064 MG/3.9ML

Nombre del medicamento	Nombre genérico
ARISTADA INJ 441MG/1.	ARIPIPRAZOLE LAUROXIL IM ER SUSP PREFILLED SYR 441 MG/1.6ML
ARISTADA INJ 662MG/2	ARIPIPRAZOLE LAUROXIL IM ER SUSP PREFILLED SYR 662 MG/2.4ML
ARISTADA INJ 882MG/3	ARIPIPRAZOLE LAUROXIL IM ER SUSP PREFILLED SYR 882 MG/3.2ML
ARISTADA INJ INITIO	ARIPIPRAZOLE LAUROXIL IM ER SUSP PREFILLED SYR 675 MG/2.4ML
ARSENIC TRIO INJ 12MG/6ML	ARSENIC TRIOXIDE IV SOLN 12 MG/6ML (2 MG/ML)
ARTESUNATE SOL 110MG	ARTESUNATE FOR IV SOLN 110 MG
ARZERRA CON 100/5ML	OFATUMUMAB CONC FOR IV INFUSION 100 MG/5ML
ARZERRA CON 100/5ML	OFATUMUMAB CONC FOR IV INFUSION 1000 MG/50ML
ASCENIV INJ 10%	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN)-SLRA IV SOLN 5 GM/50ML
ASCOR SOL 25000MG	ASCORBIC ACID IV SOLN 25000 MG/50ML (500 MG/ML)
ASCORBIC ACD INJ 500MG/ML	ASCORBIC ACID INJ 500 MG/ML
ASPARLAS INJ 3750/5ML	CALASPARGASE PEGOL-MKNL IV SOLN 3750 UNIT/5ML (750 UNIT/ML)
ASTRAMORPH INJ 0.5MG/ML	MORPHINE SULFATE INJ PF 0.5 MG/ML
ASTRAMORPH INJ 10/10ML	MORPHINE SULFATE INJ PF 1 MG/ML
ASTRAMORPH INJ 1MG/2ML	MORPHINE SULFATE INJ PF 0.5 MG/ML
ASTRAMORPH INJ 2MG/2ML	MORPHINE SULFATE INJ PF 1 MG/ML
ATGAM INJ 250MG	LYMPHOCYTE IMMUNE GLOBULIN ANTI-THYMOCYTE G INJ 50 MG/ML(EQ)
ATIVAN INJ 2MG/ML	LORAZEPAM INJ 2 MG/ML
ATIVAN INJ 4MG/ML	LORAZEPAM INJ 4 MG/ML
ATRACURIUM INJ 50MG/5ML	ATRACURIUM BESYLATE PRESERVATIVE FREE (PF) IV SOLN 50 MG/5ML
ATROPINE SUL INJ 0.05MG/1	ATROPINE SULFATE SOLN PREFILL SYR 0.25 MG/5ML (0.05 MG/ML)
ATROPINE SUL INJ 0.1MG/ML	ATROPINE SULFATE SOLN PREFILL SYR 0.5 MG/5ML (0.1 MG/ML)
ATROPINE SUL INJ 0.1MG/ML	ATROPINE SULFATE SOLN PREFILL SYR 1 MG/10ML (0.1 MG/ML)
ATROPINE SUL INJ 0.4MG/ML	ATROPINE SULFATE INJ 0.4 MG/ML
ATROPINE SUL INJ 1MG/ML	ATROPINE SULFATE INJ 1 MG/ML
ATROPINE SUL INJ 8MG/20ML	ATROPINE SULFATE INJ 8 MG/20ML (0.4 MG/ML)
ATRYN INJ 1750	ANTITHROMBIN (RECOMBINANT) FOR INJ 1750 UNIT

Nombre del medicamento	Nombre genérico
AVASTIN INJ	BEVACIZUMAB IV SOLN 100 MG/4ML (FOR INFUSION)
AVEED INJ 750/3ML	TESTOSTERONE UNDECANOATE IM INJ IN OIL 750 MG/3ML (250MG/ML)
AVELOX INJ	MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML IN SODIUM CHLORIDE 0.8% INJ
AVSOLA INJ 100MG	INFLIXIMAB-AXXQ FOR IV INJ 100 MG
AVYCAZ INJ 2-0.5GM	CEFTAZIDIME-AVIBACTAM SODIUM FOR IV SOLN 2.5 GM (2-0.5 GM)
AZACTAM INJ 1GM	AZTREONAM FOR INJ 1 GM
AZACTAM INJ 2GM	AZTREONAM FOR INJ 2 GM
AZATHIOPRINE INJ 100MG	AZATHIOPRINE SODIUM FOR INJ 100 MG
AZEDRA DOSIM INJ 15MCI/ML	IOBENGUANE I 131 IV SOLN 15 MCI/ML (555 MBQ/ML)
AZEDRA THERA INJ 15MCI/ML	IOBENGUANE I 131 IV SOLN 15 MCI/ML (555 MBQ/ML)
AZITHROMYCIN INJ 500MG	AZITHROMYCIN IV FOR SOLN 500 MG
AZTREONAM INJ 1GM	AZTREONAM FOR INJ 1 GM
AZTREONAM INJ 2GM	AZTREONAM FOR INJ 2 GM
BACIIM INJ 50000UNT	BACITRACIN INTRAMUSCULAR FOR SOLN 50000 UNIT
BACITRACIN INJ 50000UNT	BACITRACIN INTRAMUSCULAR FOR SOLN 50000 UNIT
BACLOFEN INJ 40MG/20	BACLOFEN INTRATHECAL INJ 40 MG/20ML (2000 MCG/ML)
BARHEMSYS INJ 10MG/4ML	AMISULPRIDE (ANTIEMETIC) IV SOLN 10 MG/4ML
BARHEMSYS INJ 5MG/2ML	AMISULPRIDE (ANTIEMETIC) IV SOLN 5 MG/2ML
BAVENCIO INJ 20MG/ML	AVELUMAB SOLN FOR IV INFUSION 200 MG/10ML (20 MG/ML)
BAXDELA INJ 300MG	DELAFLOXACIN MEGLUMINE FOR IV SOLN 300 MG (BASE EQUIV)
BELEODAQ INJ 500MG	BELINOSTAT FOR IV INJ 500 MG
BELRAPZO SOL 100/4ML	BENDAMUSTINE HCL IV SOLN 100 MG/4ML (25 MG/ML)
BENDAMUSTINE SOL 100/4ML	BENDAMUSTINE HCL IV SOLN 100 MG/4ML (25 MG/ML)
BENDEKA INJ 100/4ML	BENDAMUSTINE HCL IV SOLN 100 MG/4ML (25 MG/ML)
BENLYSTA INJ 120MG	BELIMUMAB FOR IV SOLN 120 MG
BENLYSTA INJ 400MG	BELIMUMAB FOR IV SOLN 400 MG
BENTYL INJ 10MG/ML	DICYCLOMINE HCL INJ 10 MG/ML
BENZTROPINE INJ 1MG/ML	BENZTROPINE MESYLATE INJ 1 MG/ML
BEOVU INJ 6/0.05ML	BROLUCIZUMAB-DBLL INTRAVITREAL SOLN 6 MG/0.05ML

Nombre del medicamento	Nombre genérico
BESPONSA INJ 0.9MG	INOTUZUMAB OZOGAMICIN FOR IV SOLN 0.9 MG
BETA-PHOS/AC INJ 3-3MG/ML	BETAMETHASONE SOD PHOSPHATE & ACETATE INJ SUSP 6 (3-3) MG/ML
BICILLIN C-R INJ 1200000	PENICILLIN G BENZATHINE & PROCAINE INJ SUSP 1200000 UNIT/2ML
BICILLIN C-R INJ 900/300	PENICILLIN G BENZATHINE & PROCAINE INJ 900000-300000 UNT/2ML
BICILLIN L-A INJ 1200000	PENICILLIN G BENZATHINE IM SUSP PREF SYR 1200000 UNIT/2ML
BICILLIN L-A INJ 2400000	PENICILLIN G BENZATHINE INTRAMUSCULAR SUSP 2400000 UNIT/4ML
BICILLIN L-A INJ 600000	PENICILLIN G BENZATHINE IM SUSP PREF SYR 600000 UNIT/ML
BIORPHEN INJ	PHENYLEPHRINE HCL (PF) IV SOLN 0.5 MG/5ML (100 MCG/ML)
BIVALIR/NACL INJ 500/100	BIVALIRUDIN TRIFLUOROACETATE-NACL IV SOLN 500 MG/100ML-0.9%
BIVALIRUDIN INJ 250MG	BIVALIRUDIN TRIFLUOROACETATE FOR IV SOLN 250 MG (BASE EQUIV)
BIVALIRUDIN SOL RTU	BIVALIRUDIN TRIFLUOROACETATE IV SOLN 250 MG/50ML (BASE EQ)
BIVIGAM INJ 10%	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 10 GM/100ML
BIVIGAM INJ 10%	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 5 GM/50ML
BLENREP INJ 100MG	BELANTAMAB MAFODOTIN-BLMF FOR IV SOLN 100 MG
BLINCYTO INJ 35MCG	BLINATUMOMAB FOR IV INFUSION 35 MCG
BOTOX INJ 100UNIT	ONABOTULINUMTOXINA FOR INJ 100 UNIT
BOTOX INJ 200UNIT	ONABOTULINUMTOXINA FOR INJ 200 UNIT
BREYANZI INJ	LISOCABTAGENE MARALEUCEL IV SUSP 70,000,000 CELLS
BRIDION INJ 200/2ML	SUGAMMADEX SODIUM IV 200 MG/2ML (BASE EQUIVALENT)
BRIDION INJ 500/5ML	SUGAMMADEX SODIUM IV 500 MG/5ML (BASE EQUIVALENT)
BRINEURA KIT 150/5ML	CERLIPONASE ALFA INTRAVENTRICULAR 2 X 150 MG/5ML KIT
BRIVIACT INJ 50MG/5ML	BRIVARACETAM IV SOLN 50 MG/5ML
BUMETANIDE INJ 0.25/ML	BUMETANIDE INJ 0.25 MG/ML
BUPIVACAINE INJ 0.25%	BUPIVACAINE HCL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 0.25%
BUPIVACAINE INJ 0.5%	BUPIVACAINE HCL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 0.5%

Nombre del medicamento	Nombre genérico
BUPIVACAINE INJ 0.75%	BUPIVACAINE HCL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 0.75%
BUPIVACAINE INJ 5MG/ML	BUPIVACAINE HCL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 0.5%
BUPIVACAINE/ INJ EPI 0.25	BUPIVACAINE INJ 0.25% W/ EPINEPHRINE 1:200000 (PF)
BUPIVACAINE/ INJ EPI 0.5%	BUPIVACAINE INJ 0.5% W/ EPINEPHRINE 1:200000 (PF)
BUPRENEX INJ 0.3MG/ML	BUPRENORPHINE HCL INJ 0.3 MG/ML (BASE EQUIV)
BUPRENORPHIN INJ 0.3MG/ML	BUPRENORPHINE HCL INJ 0.3 MG/ML (BASE EQUIV)
BUSULFAN INJ 6MG/ML	BUSULFAN INJ 6 MG/ML
BUSULFEX INJ 6MG/ML	BUSULFAN INJ 6 MG/ML
BUTORPHANOL INJ 1MG/ML	BUTORPHANOL TARTRATE INJ 1 MG/ML
BUTORPHANOL INJ 2MG/ML	BUTORPHANOL TARTRATE INJ 2 MG/ML
BYDUREON INJ	EXENATIDE FOR INJ EXTENDED RELEASE SUSP 2 MG
BYFAVO INJ 20MG	REMIMAZOLAM BESYLATE FOR IV SOLN 20 MG
CABENUVA SUS 400-600	CABOTEGRAVIR 400 MG/2ML & RILPIVIRINE 600 MG/2ML IM SUSP ER
CABENUVA SUS 600-900	CABOTEGRAVIR 600 MG/3ML & RILPIVIRINE 900 MG/3ML IM SUSP ER
CAL GLU/NACL INJ 1/100ML	CALCIUM GLUCONATE-SODIUM CHLORIDE IV SOLN 1 GM/100ML-0.8%
CAL GLU/NACL INJ 1GM/50ML	CALCIUM GLUCONATE-NACL IV SOLN 1 GM/50ML-0.675% (20 MG/ML)
CAL GLU/NACL INJ 2/100ML	CALCIUM GLUCONATE-NACL IV SOLN 2 GM/100ML-0.675% (20 MG/ML)
CALCITRIOL INJ 1MCG/ML	CALCITRIOL INJ 1 MCG/ML
CALDOLOR INJ 4MG/ML	IBUPROFEN SOLN FOR IV INFUSION 800 MG/200ML
CAMPTOSAR INJ 40MG/2ML	IRINOTECAN HCL INJ 40 MG/2ML (20 MG/ML)
CANCIDAS INJ 50MG	CASPOFUNGIN ACETATE FOR IV SOLN 50 MG
CANCIDAS INJ 70MG	CASPOFUNGIN ACETATE FOR IV SOLN 70 MG
CARBOCAINE INJ 1% PF	MEPIVACAINE HCL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 1%
CARBOCAINE INJ 2% PF	MEPIVACAINE HCL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 2%
CARBOPLATIN INJ 600/60ML	CARBOPLATIN IV SOLN 600 MG/60ML
CARDENE I.V. INJ 2.5MG/ML	NICARDIPINE HCL IV SOLN 2.5 MG/ML
CARDENE IV INJ 40/200ML	NICARDIPINE HCL IV SOLN 40 MG/200ML IN SODIUM CHLORIDE 0.83%

Nombre del medicamento	Nombre genérico
CARDENE IV SOL 20/200ML	NICARDIPINE HCL IV SOLN 20 MG/200ML IN SODIUM CHLORIDE 0.86%
CARIMUNE NF INJ 12GM	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV FOR SOLN 12 GM
CARIMUNE NF INJ 6GM	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV FOR SOLN 6 GM
CASPOFUNGIN INJ 50MG	CASPOFUNGIN ACETATE FOR IV SOLN 50 MG
CASPOFUNGIN INJ 70MG	CASPOFUNGIN ACETATE FOR IV SOLN 70 MG
CEFAZOLIN INJ 1GM	CEFAZOLIN SODIUM FOR INJ 1 GM
CEFAZOLIN INJ 300GM	CEFAZOLIN SODIUM (BULK) FOR INJ 300 GM
CEFAZOLIN INJ 500MG	CEFAZOLIN SODIUM FOR INJ 500 MG
CEFAZOLIN SOL	CEFAZOLIN SODIUM- DEXTROSE IV SOLUTION 2 GM/100ML-4%
CEFEPIME INJ 1GM	CEFEPIME HCL FOR INJ 1 GM
CEFEPIME INJ 2GM	CEFEPIME HCL FOR INJ 2 GM
CEFEPIME SOL 100GM	CEFEPIME HCL (BULK) FOR IV SOLN 100 GM
CEFOTAN INJ 1GM/10ML	CEFOTETAN DISODIUM FOR INJ 1 GM
CEFOTAN INJ 2GM	CEFOTETAN DISODIUM FOR INJ 2 GM
CEFOTAXIME INJ 10GM	CEFOTAXIME SODIUM FOR INJ 10 GM
CEFOTAXIME INJ 1GM	CEFOTAXIME SODIUM FOR INJ 1 GM
CEFOTAXIME INJ 2GM	CEFOTAXIME SODIUM FOR INJ 2 GM
CEFOTAXIME INJ 500MG	CEFOTAXIME SODIUM FOR INJ 500 MG
CEFOTETAN INJ 10G	CEFOTETAN DISODIUM FOR INJ 10 GM
CEFOTETAN INJ 1GM/10ML	CEFOTETAN DISODIUM FOR INJ 1 GM
CEFOTETAN INJ 2GM/20ML	CEFOTETAN DISODIUM FOR INJ 2 GM
CEFOXITIN INJ 100GM	CEFOXITIN SODIUM (BULK) FOR INJ 100 GM
CEFOXITIN INJ 10GM	CEFOXITIN SODIUM FOR IV SOLN 10 GM
CEFOXITIN INJ 1GM	CEFOXITIN SODIUM FOR IV SOLN 1 GM
CEFOXITIN INJ 2GM	CEFOXITIN SODIUM FOR IV SOLN 2 GM
CEFTAZIDIME INJ 6GM	CEFTAZIDIME FOR INJ 6 GM
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	CEFTAZIDIME FOR IV SOLN 1 GM AND DEXTROSE 5% (50ML)
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	CEFTAZIDIME FOR IV SOLN 2 GM AND DEXTROSE 5% (50ML)
CEFTRIAZONE INJ 10GM	CEFTRIAZONE SODIUM FOR INJ 10 GM
CEFTRIAZONE INJ 1GM	CEFTRIAZONE SODIUM FOR INJ 1 GM

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nombre del medicamento	Nombre genérico
CEFTRIAZONE INJ 250MG	CEFTRIAZONE SODIUM FOR INJ 250 MG	CLEOCIN PHOS INJ 600/4ML	CLINDAMYCIN PHOSPHATE INJ 600 MG/4ML
CEFTRIAZONE INJ 2GM	CEFTRIAZONE SODIUM FOR INJ 2 GM	CLEOCIN PHOS INJ 900/6ML	CLINDAMYCIN PHOSPHATE INJ 900 MG/6ML
CEFTRIAZONE INJ 500MG	CEFTRIAZONE SODIUM FOR INJ 500 MG	CLEOCIN PHOS INJ 9GM/60ML	CLINDAMYCIN PHOSPHATE INJ 9 GM/60ML
CEFUROXIME INJ 1.5GM	CEFUROXIME SODIUM FOR IV SOLN 1.5 GM	CLEOCIN/D5W INJ 300MG	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN D5W IV SOLN 300 MG/50ML
CEFUROXIME INJ 7.5GM	CEFUROXIME SODIUM FOR INJ 7.5 GM	CLEOCIN/D5W INJ 600MG	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN D5W IV SOLN 600 MG/50ML
CEFUROXIME INJ 750MG	CEFUROXIME SODIUM FOR INJ 750 MG	CLEOCIN/D5W INJ 900MG	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN D5W IV SOLN 900 MG/50ML
CELLCEPT IV INJ 500MG	MYCOPHENOLATE MOFETIL HCL FOR IV SOLN 500 MG (BASE EQUIV)	CLINDAMY/D5W INJ 600/50ML	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN D5W IV SOLN 600 MG/50ML
CEREBYX INJ 100/2ML	FOSPHENYTOIN SODIUM INJ 100 MG/2ML (PHENYTOIN EQUIV)	CLINDAMY/D5W INJ 900/50ML	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN D5W IV SOLN 900 MG/50ML
CEREBYX INJ 500/10ML	FOSPHENYTOIN SODIUM INJ 500 MG/10ML (PHENYTOIN EQUIV)	CLINDAMYCIN INJ 300/2ML	CLINDAMYCIN PHOSPHATE INJ 300 MG/2ML
CEREZYME INJ 400UNIT	IMIGLUCERASE FOR INJ 400 UNIT	CLINDAMYCIN INJ 300MG	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN D5W IV SOLN 300 MG/50ML
CHLORAMPHEN INJ 1GM	CHLORAMPHENICOL SODIUM SUCCINATE FOR IV INJ 1 GM	CLINDAMYCIN INJ 600/4ML	CLINDAMYCIN PHOSPHATE INJ 600 MG/4ML
CHLOROPROCAI INJ 2%-400MG	CHLOROPROCAINE HCL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 2%	CLINDAMYCIN INJ 900/6ML	CLINDAMYCIN PHOSPHATE INJ 900 MG/6ML
CHLOROTHIAZ INJ 500MG	CHLOROTHIAZIDE SODIUM FOR INJ 500 MG	CLINDAMYCIN INJ 9GM/60ML	CLINDAMYCIN PHOSPHATE INJ 9 GM/60ML
CHLORPROMAZ INJ 25MG/ML	CHLORPROMAZINE HCL INJ 25 MG/ML	CLOROTEKAL INJ 50MG/5ML	CHLOROPROCAINE HCL INTRATHECAL INJ 50 MG/5ML (1%)
CHLORPROMAZ INJ 50MG/2ML	CHLORPROMAZINE HCL INJ 50 MG/2ML	CNJ-016 INJ	VACCINIA IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 50,000 UNIT/VIAL
CIDOFOVIR INJ 75MG/ML	CIDOFOVIR IV INJ 75 MG/ML	COCAINE HCL SOL 40MG/ML	COCAINE HCL NASAL SOLN 40 MG/ML (4%)
CINQAIR INJ	RESLIZUMAB IV INFUSION SOLN 100 MG/10ML (10 MG/ML)	COGENTIN INJ 1MG/ML	BENZTROPINE MESYLATE INJ 1 MG/ML
CINVANTI INJ 130/18ML	APREPITANT IV EMULSION 130 MG/18ML	CORLOPAM INJ 10MG/ML	FENOLDOPAM MESYLATE IV INJ 10 MG/ML (BASE EQUIV)
CIPRO I.V. INJ 400MG	CIPROFLOXACIN 400 MG/200ML IN D5W	CORLOPAM INJ 10MG/ML	FENOLDOPAM MESYLATE IV INJ 20 MG/2ML (BASE EQUIV)
CIPROFLOXACN INJ 200MG	CIPROFLOXACIN 200 MG/100ML IN D5W	COSELA INJ 300MG	TRILACICLIB DIHYDROCHLORIDE FOR IV SOLN 300 MG
CIPROFLOXACN INJ 400MG	CIPROFLOXACIN 400 MG/200ML IN D5W	CRYSVITA INJ 10MG/ML	BUROSUMAB-TWZA INJ 10 MG/ML
CIPROFLOXACN INJ 400MG	CIPROFLOXACIN IV SOLN 400 MG/40ML (1%)	CRYSVITA INJ 20MG/ML	BUROSUMAB-TWZA INJ 20 MG/ML
CISATRACURIU INJ 10MG/5ML	CISATRACURIUM BESYLATE (PF) IV SOLN 10 MG/5ML (2 MG/ML)	CRYSVITA INJ 30MG/ML	BUROSUMAB-TWZA INJ 30 MG/ML
CISPLATIN INJ 50MG	CISPLATIN IV FOR INJ 50 MG	CUBICIN RF SOL 500MG	DAPTOMYCIN FOR IV SOLN 500 MG
CLADRIBINE INJ 1MG/ML	CLADRIBINE IV SOLN 10 MG/10ML (1 MG/ML)	CUTAQUIG SOL 1.65GM	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN)-HIPPO SUBCUTANEOUS INJ 1.65 GM/10ML
CLAFORAN INJ 10GM	CEFOTAXIME SODIUM FOR INJ 10 GM	CUTAQUIG SOL 1GM	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN)-HIPPO SUBCUTANEOUS INJ 1 GM/6ML
CLAFORAN INJ 1GM	CEFOTAXIME SODIUM FOR IV SOLN 1 GM	CUTAQUIG SOL 2GM	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN)-HIPPO SUBCUTANEOUS INJ 2 GM/12ML
CLAFORAN INJ 2GM	CEFOTAXIME SODIUM FOR IV SOLN 2 GM	CUTAQUIG SOL 3.3GM	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN)-HIPPO SUBCUTANEOUS INJ 3.3 GM/20ML
CLEOCIN PHOS INJ 300/2ML	CLINDAMYCIN PHOSPHATE INJ 300 MG/2ML		



Nombre del medicamento	Nombre genérico
CUTAQUIG SOL 4GM	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN)-HIPP SUBCUTANEOUS INJ 4 GM/24ML
CUTAQUIG SOL 8GM	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN)-HIPP SUBCUTANEOUS INJ 8 GM/48ML
CUVITRU INJ 2GM/10ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) SUBCUTANEOUS INJ 2 GM/10ML
CUVITRU INJ 4GM/20ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) SUBCUTANEOUS INJ 4 GM/20ML
CUVITRU INJ 8GM/40ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) SUBCUTANEOUS INJ 8 GM/40ML
CUVITRU SOL 10GM/50M	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) SUBCUTANEOUS INJ 10 GM/50ML
CUVITRU SOL 1GM/5ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) SUBCUTANEOUS INJ 1 GM/5ML
CYCLOPHOSPH INJ 1GM	CYCLOPHOSPHAMIDE FOR INJ 1 GM
CYCLOPHOSPH INJ 1GM	CYCLOPHOSPHAMIDE IV SOLN 1 GM/5ML (200 MG/ML)
CYCLOPHOSPH INJ 2GM	CYCLOPHOSPHAMIDE FOR INJ 2 GM
CYCLOPHOSPH INJ 500MG	CYCLOPHOSPHAMIDE FOR INJ 500 MG
CYCLOPHOSPHA INJ 2GM/10ML	CYCLOPHOSPHAMIDE IV SOLN 2 GM/10ML (200 MG/ML)
CYCLOPHOSPHA INJ 500MG	CYCLOPHOSPHAMIDE IV SOLN 500 MG/2.5ML (200 MG/ML)
CYCLOSPORINE INJ 50MG/ML	CYCLOSPORINE IV SOLN 50 MG/ML
CYKLOKAPRON INJ 100MG/ML	TRANEXAMIC ACID IV SOLN 1000 MG/10ML (100 MG/ML)
CYRAMZA INJ 100/10ML	RAMUCIRUMAB IV SOLN 100 MG/10ML (FOR INFUSION)
CYRAMZA INJ 500/50ML	RAMUCIRUMAB IV SOLN 500 MG/50ML (FOR INFUSION)
CYTARABINE INJ 20MG/ML	CYTARABINE INJ PF 20 MG/ML
DALVANCE SOL 500MG	DALBAVANCIN HCL FOR IV SOLN 500 MG (BASE EQUIVALENT)
DANYELZA INJ 40/10ML	NAXITAMAB-GQGK IV SOLN 40 MG/10ML (4 MG/ML)
DAPTOMYCIN INJ 500MG	DAPTOMYCIN FOR IV SOLN 500 MG
DAPTOMYCIN SOL 350MG	DAPTOMYCIN FOR IV SOLN 350 MG
DARZALEX SOL 100MG/5M	DARATUMUMAB IV SOLN 100 MG/5ML
DARZALEX SOL 400MG/20	DARATUMUMAB IV SOLN 400 MG/20ML
DARZALEX SOL FASPRO	DARATUMUMAB-HYALURONIDASE-FIHJ INJ 1800-30000 MG-UNIT/15ML
DAUNORUBICIN INJ 20MG/4ML	DAUNORUBICIN HCL IV SOLN 20 MG/4ML (BASE EQUIV)

Nombre del medicamento	Nombre genérico
DAUNORUBICIN INJ 50MG	DAUNORUBICIN HCL IV SOLN 50 MG/10ML (BASE EQUIV)
DEFITELIO INJ 200/2.5	DEFIBROTIDE SODIUM IV SOLN 200 MG/2.5ML (80 MG/ML)
DEMEROL INJ 100/2ML	MEPERIDINE HCL INJ 100 MG/2ML (50 MG/ML)
DEMEROL INJ 100MG/ML	MEPERIDINE HCL INJ 100 MG/ML
DEMEROL INJ 25MG/0.5	MEPERIDINE HCL INJ 25 MG/0.5ML (50 MG/ML)
DEMEROL INJ 25MG/ML	MEPERIDINE HCL INJ 25 MG/ML
DEMEROL INJ 50MG/ML	MEPERIDINE HCL INJ 50 MG/ML
DEMEROL INJ 75MG/1.5	MEPERIDINE HCL INJ 75 MG/1.5ML (50 MG/ML)
DEMEROL INJ 75MG/ML	MEPERIDINE HCL INJ 75 MG/ML
DEPACON INJ 100MG/ML	VALPROATE SODIUM INJ 100 MG/ML
DEPO-MEDROL INJ 20MG/ML	METHYLPREDNISOLONE ACETATE INJ SUSP 20 MG/ML
DEPO-MEDROL INJ 40MG/ML	METHYLPREDNISOLONE ACETATE INJ SUSP 40 MG/ML
DEPO-MEDROL INJ 80MG/ML	METHYLPREDNISOLONE ACETATE INJ SUSP 80 MG/ML
DEPO-PROVERA INJ 400/ML	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE IM SUSP 400 MG/ML
DEXAMETH PHO INJ 10MG/ML	DEXAMETHASONE SOD PHOSPHATE PRESERVATIVE FREE INJ 10 MG/ML
DEXAMETH PHO INJ 10MG/ML	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE INJ 10 MG/ML
DEXAMETH PHO INJ 4MG/ML	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE INJ 4 MG/ML
DEXRAZOXANE INJ 500MG	DEXRAZOXANE HCL FOR INJ 500 MG (BASE EQUIVALENT)
DEXYCU SUS 9%	DEXAMETHASONE INTRAOCULAR SUSP 9%
DIAZEPAM INJ 10MG/2ML	DIAZEPAM IM SOLUTION AUTO-INJ 10 MG/2ML
DIAZEPAM INJ 50/10ML	DIAZEPAM INJ 5 MG/ML
DIAZEPAM INJ 5MG/ML	DIAZEPAM INJ 5 MG/ML
DICYCLOMINE INJ 10MG/ML	DICYCLOMINE HCL INJ 10 MG/ML
DIGOXIN INJ 0.25/ML	DIGOXIN INJ 0.25 MG/ML
DILAUDID INJ 0.2MG/ML	HYDROMORPHONE HCL INJ 0.2 MG/ML
DILAUDID INJ 1MG/ML	HYDROMORPHONE HCL INJ 1 MG/ML
DILAUDID INJ 2MG/ML	HYDROMORPHONE HCL INJ 2 MG/ML
DILTIAZEM INJ 100MG	DILTIAZEM HCL IV FOR SOLN 100 MG
DILTIAZEM INJ 125/25ML	DILTIAZEM HCL IV SOLN 125 MG/25ML (5 MG/ML)
DILTIAZEM INJ 25MG/5ML	DILTIAZEM HCL IV SOLN 25 MG/5ML (5 MG/ML)
DILTIAZEM INJ 50/10ML	DILTIAZEM HCL IV SOLN 50 MG/10ML (5 MG/ML)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nombre del medicamento	Nombre genérico
DIPHENHYDRAM INJ 50MG/ML	DIPHENHYDRAMINE HCL INJ 50 MG/ML	EPTIFIBATIDE INJ 200MG	EPTIFIBATIDE IV SOLN 200 MG/100ML (2 MG/ML)
DIPRIVAN INJ 200/20ML	PROPOFOL IV EMUL 200 MG/20ML (10 MG/ML)	ERAXIS INJ 100MG	ANIDULAFUNGIN FOR IV SOLN 100 MG
DOCETAXEL INJ 160/8ML	DOCETAXEL FOR INJ CONC 160 MG/8ML (20 MG/ML)	ERAXIS INJ 50MG	ANIDULAFUNGIN FOR IV SOLN 50 MG
DOCETAXEL INJ 200/10	DOCETAXEL FOR INJ CONC 200 MG/10ML (20 MG/ML)	ERBITUX INJ 100MG	CETUXIMAB IV SOLN 100 MG/50ML (2 MG/ML)
DOCETAXEL INJ 20MG/2ML	DOCETAXEL SOLN FOR IV INFUSION 20 MG/2ML	ERTAPENEM INJ 1GM	ERTAPENEM SODIUM FOR INJ 1 GM (BASE EQUIVALENT)
DOCETAXEL INJ 20MG/ML	DOCETAXEL FOR INJ CONC 20 MG/ML	ERYTHROCIN INJ 500MG	ERYTHROMYCIN LACTOBIONATE FOR INJ 500 MG
DOCETAXEL INJ 80MG/4ML	DOCETAXEL FOR INJ CONC 80 MG/4ML (20 MG/ML)	ESOMEPRAZOLE INJ 20MG	ESOMEPRAZOLE SODIUM FOR INTRAVENOUS SOLN 20 MG (BASE EQUIV)
DOXERCALCIF INJ 4MCG/2ML	DOXERCALCIFEROL INJ 4 MCG/2ML (2 MCG/ML)	ESOMEPRAZOLE INJ 40MG	ESOMEPRAZOLE SODIUM FOR INTRAVENOUS SOLN 40 MG (BASE EQUIV)
DOXORUBICIN INJ 10MG	DOXORUBICIN HCL FOR INJ 10 MG	ETHACRYNATE INJ 50MG	ETHACRYNATE SODIUM FOR INJ 50 MG
DOXORUBICIN INJ 2MG/ML	DOXORUBICIN HCL INJ 2 MG/ML	ETHYOL INJ 500MG	AMIFOSTINE FOR INJ 500 MG
DOXORUBICIN INJ 50MG	DOXORUBICIN HCL FOR INJ 50 MG	ETOMIDATE INJ 20/10ML	ETOMIDATE IV SOLN 2 MG/ML
DOXY 100 INJ 100MG	DOXYCYCLINE HYCLATE FOR INJ 100 MG	ETOMIDATE INJ 40/20ML	ETOMIDATE IV SOLN 2 MG/ML
DOXYCYCL HYC INJ 100MG	DOXYCYCLINE HYCLATE FOR INJ 100 MG	ETOPOPHOS INJ 100MG	ETOPOSIDE PHOSPHATE IV FOR INJ 100 MG (BASE EQUIVALENT)
DURAMORPH INJ 0.5MG/ML	MORPHINE SULFATE INJ PF 0.5 MG/ML	ETOPOSIDE INJ 1GM/50ML	ETOPOSIDE INJ 1 GM/50ML (20 MG/ML)
DURAMORPH INJ 1MG/ML	MORPHINE SULFATE INJ PF 1 MG/ML	EVENITY INJ 105MG	ROMOSOZUMAB-AQQG INJ SOLN PREFILLED SYRINGE 105 MG/1.17ML
DURYSTA IMP 10MCG	BIMATOPROST INTRACAMERAL IMPLANT 10 MCG	EVKEEZA INJ 1200/8	EVINACUMAB-DGNB IV SOLN 1200 MG/8ML (150 MG/ML)
DYLOJECT INJ 37.5MG/M	DICLOFENAC SODIUM IV SOLN 37.5 MG/ML	EVKEEZA INJ 345/2.3	EVINACUMAB-DGNB IV SOLN 345 MG/2.3ML (150 MG/ML)
EGRIFTA SOL 1MG	TESAMORELIN ACETATE FOR INJ 1 MG (BASE EQUIV)	EVOMELA INJ 50MG	MELPHALAN HCL FOR INJ 50 MG (PROPYLENE GLYCOL (PG) FREE)
ELAPRASE INJ 6MG/3ML	IDURSULFASE SOLN FOR IV INFUSION 6 MG/3ML (2 MG/ML)	EXONDYS 51 SOL 100/2ML	ETEPLIRSEN IV SOLN 100 MG/2ML (50 MG/ML)
ELCYS INJ 50MG/ML	CYSTEINE HCL INJ 50 MG/ML	EXONDYS 51 SOL 500/10ML	ETEPLIRSEN IV SOLN 500 MG/10ML (50 MG/ML)
ELELYSO INJ 200UNIT	TALIGLUCERASE ALFA FOR INJ 200 UNIT	EXPAREL INJ 1.3%	BUPIVACAINE LIPOSOME INJ 1.3% (13.3 MG/ML)
ELZONRIS SOL 1000MCG	TAGRAXOFUSP-ERZS IV SOLN 1000 MCG/ML	FABRAZYME INJ 35MG	AGALSIDASE BETA FOR IV SOLN 35 MG
EMERPHED SOL 5MG/ML	EPHEDRINE SULFATE IV SOLN 5 MG/ML	FABRAZYME INJ 5MG	AGALSIDASE BETA FOR IV SOLN 5 MG
EMPLICITI INJ 300MG	ELOTUZUMAB FOR IV SOLN 300 MG	FAMOTIDINE INJ 200/20ML	FAMOTIDINE INJ 200 MG/20ML
EMPLICITI INJ 400MG	ELOTUZUMAB FOR IV SOLN 400 MG	FAMOTIDINE INJ 20MG/2ML	FAMOTIDINE INJ 20 MG/2ML
ENHERTU INJ 100MG	FAM-TRASTUZUMAB DERUXTECAN-NXKI FOR IV SOLN 100 MG	FAMOTIDINE INJ 20MG/50M	FAMOTIDINE IN NAACL 0.9% IV SOLN 20 MG/50ML
ENTYVIO INJ 300MG	VEDOLIZUMAB FOR IV SOLUTION 300 MG	FASENRA INJ 30MG/ML	BENRALIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML
EPHEDRINE SU SOL 5MG/ML	EPHEDRINE SULFATE IV SOLN 5 MG/ML	FENSOLVI INJ 45MG	LEUPROLIDE ACET (6 MONTH) FOR INJ PEDIATRIC KIT 45 MG
EPINEPHRINE INJ 30/30ML	EPINEPHRINE INJ 30 MG/30ML (1 MG/ML) (1:1000)	FENTANYL CIT INJ 0.05MG/1	FENTANYL CITRATE PF SOLN CARTRIDGE 100 MCG/2ML
EPINPHEPHRIN KIT SNAP-V	*EPINEPHRINE INJ KIT 1 MG/ML (1:1000)**		



Nombre del medicamento	Nombre genérico
FENTANYL CIT INJ 100/2ML	FENTANYL CITRATE PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 100 MCG/2ML
FENTANYL CIT INJ 100/2ML	FENTANYL CITRATE SOLN PREFILLED SYRINGE 100 MCG/2ML
FENTANYL CIT INJ 1000/20	FENTANYL CITRATE PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 1000 MCG/20ML
FENTANYL CIT INJ 250/5ML	FENTANYL CITRATE PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 250 MCG/5ML
FENTANYL CIT INJ 2500MCG	FENTANYL CITRATE PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 2500 MCG/50ML
FENTANYL CIT INJ 500MCG	FENTANYL CITRATE PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 500 MCG/10ML
FENTANYL CIT INJ 50MCG/ML	FENTANYL CITRATE PF SOLN PREFILLED SYRINGE 50 MCG/ML
FENTANYL CIT INJ 50MCG/ML	FENTANYL CITRATE PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 50 MCG/ML
FETROJA INJ 1GM	CEFIDEROCOL SULFATE TOSYLATE FOR IV SOLN 1 GM
FIRMAGON INJ 120MG	DEGARELIX ACETATE FOR INJ 120 MG/VIAL (240 MG DOSE)
FIRMAGON INJ 80MG	DEGARELIX ACETATE FOR INJ 80 MG (BASE EQUIV)
FLEBOGAMMA INJ 10/100ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 10 GM/100ML
FLEBOGAMMA INJ 10/200ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 10 GM/200ML
FLEBOGAMMA INJ 20/200ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 20 GM/200ML
FLEBOGAMMA INJ 20/400ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 20 GM/400ML
FLEBOGAMMA INJ 5GM/50ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 5 GM/50ML
FLEBOGAMMA INJ DIF 5%	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 0.5 GM/10ML
FLEBOGAMMA INJ DIF 5%	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 2.5 GM/50ML
FLEBOGAMMA INJ DIF 5%	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 5 GM/100ML
FLEXBUMIN INJ 25%	ALBUMIN, HUMAN INJ 25%
FLUCONAZOLE SOL /NACL	FLUCONAZOLE IN NACL 0.9% INJ 100 MG/50ML
FLUCONAZOLE/ INJ NACL 200	FLUCONAZOLE IN NACL 0.9% INJ 200 MG/100ML
FLUCONAZOLE/ INJ NACL 400	FLUCONAZOLE IN NACL 0.9% INJ 400 MG/200ML
FLUDARABINE INJ 50MG	FLUDARABINE PHOSPHATE FOR INJ 50 MG
FLUDARABINE INJ 50MG/2ML	FLUDARABINE PHOSPHATE INJ 25 MG/ML
FLUOROURACIL INJ 1GM/20ML	FLUOROURACIL IV SOLN 1 GM/20ML (50 MG/ML)
FLUOROURACIL INJ 500/10ML	FLUOROURACIL IV SOLN 500 MG/10ML (50 MG/ML)
FLUOROURACIL INJ 5GM/100M	FLUOROURACIL IV SOLN 5 GM/100ML (50 MG/ML)

Nombre del medicamento	Nombre genérico
FLUPHENAZ DE INJ 25MG/ML	FLUPHENAZINE DECANOATE INJ 25 MG/ML
FLUPHENAZINE INJ 2.5MG/ML	FLUPHENAZINE HCL INJ 2.5 MG/ML
FOSCARNET INJ 24MG/ML	FOSCARNET SODIUM INJ 6000 MG/250ML (24 MG/ML)
FOSCAVIR INJ 24MG/ML	FOSCARNET SODIUM INJ 6000 MG/250ML (24 MG/ML)
FOSPHENYTOIN INJ 100/2ML	FOSPHENYTOIN SODIUM INJ 100 MG/2ML (PHENYTOIN EQUIV)
FOSPHENYTOIN INJ 500/10ML	FOSPHENYTOIN SODIUM INJ 500 MG/10ML (PHENYTOIN EQUIV)
FUROSEMIDE INJ 10MG/ML	FUROSEMIDE INJ 10 MG/ML
GABLOFEN INJ 10000/20	BACLOFEN INTRATHECAL SOLN PREFILLED SYRINGE 10000 MCG/20ML
GABLOFEN INJ 20000/20	BACLOFEN INTRATHECAL SOLN PREFILLED SYRINGE 20000 MCG/20ML
GABLOFEN INJ 40000/20	BACLOFEN INTRATHECAL INJ 40 MG/20ML (2000 MCG/ML)
GABLOFEN INJ 40000/20	BACLOFEN INTRATHECAL SOLN PREFILLED SYRINGE 40000 MCG/20ML
GAMASTAN INJ	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IM INJ
GAMIFANT INJ 100/20ML	EMAPALUMAB-LZSG IV SOLN 100 MG/20ML
GAMIFANT INJ 10MG/2ML	EMAPALUMAB-LZSG IV SOLN 10 MG/2ML
GAMIFANT INJ 50/10ML	EMAPALUMAB-LZSG IV SOLN 50 MG/10ML
GAMMAGARD INJ 10GM/100	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV OR SUBCUTANEOUS SOLN 10 GM/100ML
GAMMAGARD INJ 2.5GM/25	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV OR SUBCUTANEOUS SOLN 2.5 GM/25ML
GAMMAGARD INJ 20GM/200	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV OR SUBCUTANEOUS SOLN 20 GM/200ML
GAMMAGARD INJ 30GM/300	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV OR SUBCUTANEOUS SOLN 30 GM/300ML
GAMMAGARD INJ 5GM/50ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV OR SUBCUTANEOUS SOLN 5 GM/50ML
GAMMAGARD SD INJ 10GM HU	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV FOR SOLN 10 GM
GAMMAGARD SD INJ 5GM HU	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV FOR SOLN 5 GM
GAMMAKED INJ 10GM/100	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV OR SUBCUTANEOUS SOLN 10 GM/100ML
GAMMAKED INJ 2.5GM/25	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV OR SUBCUTANEOUS SOLN 2.5 GM/25ML
GAMMAKED INJ 20GM/200	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV OR SUBCUTANEOUS SOLN 20 GM/200ML

Nombre del medicamento	Nombre genérico
GAMMAKED INJ 5GM/50ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV OR SUBCUTANEOUS SOLN 5 GM/50ML
GAMMAPLEX INJ 10%	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 10 GM/100ML
GAMMAPLEX INJ 10%	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 20 GM/200ML
GAMMAPLEX INJ 10%	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 5 GM/50ML
GAMMAPLEX INJ 5%	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 10 GM/200ML
GAMMAPLEX INJ 5%	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 20 GM/400ML
GAMMAPLEX INJ 5%	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 5 GM/100ML
GAMUNEX-C INJ 10GM/100	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV OR SUBCUTANEOUS SOLN 10 GM/100ML
GAMUNEX-C INJ 2.5GM/25	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV OR SUBCUTANEOUS SOLN 2.5 GM/25ML
GAMUNEX-C INJ 20GM/200	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV OR SUBCUTANEOUS SOLN 20 GM/200ML
GAMUNEX-C INJ 40/400ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV OR SUBCUTANEOUS SOLN 40 GM/400ML
GAMUNEX-C INJ 5GM/50ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV OR SUBCUTANEOUS SOLN 5 GM/50ML
GANCICLOVIR INJ 500/25	GANCICLOVIR IV SOLN 500 MG/250ML
GANCICLOVIR INJ 500MG	GANCICLOVIR SODIUM IV SOLN 500 MG/10ML (50 MG/ML) (BASE EQ)
GAZYVA INJ 25MG/ML	OBINUTUZUMAB SOLN FOR IV INFUSION 1000 MG/40ML (25 MG/ML)
GEMCITABINE INJ 2GM/20ML	GEMCITABINE HCL INJ 2 GM/20ML (100 MG/ML) (BASE EQUIV)
GENTAM/NAACL INJ 0.9MG/ML	GENTAMICIN IN SALINE INJ 0.9 MG/ML
GENTAM/NAACL INJ 1.4MG/ML	GENTAMICIN IN SALINE INJ 1.4 MG/ML
GENTAM/NAACL INJ 100MG	GENTAMICIN IN SALINE INJ 1 MG/ML
GENTAM/NAACL INJ 100MG	GENTAMICIN IN SALINE INJ 2 MG/ML
GENTAM/NAACL INJ 120MG	GENTAMICIN IN SALINE INJ 1.2 MG/ML
GENTAM/NAACL INJ 60MG	GENTAMICIN IN SALINE INJ 1.2 MG/ML
GENTAM/NAACL INJ 80MG	GENTAMICIN IN SALINE INJ 0.8 MG/ML
GENTAM/NAACL INJ 80MG	GENTAMICIN IN SALINE INJ 1.6 MG/ML
GENTAMICIN INJ 10MG/ML	GENTAMICIN SULFATE INJ 10 MG/ML
GENTAMICIN INJ 10MG/ML	GENTAMICIN SULFATE IV SOLN 10 MG/ML
GENTAMICIN INJ 40MG/ML	GENTAMICIN SULFATE INJ 40 MG/ML

Nombre del medicamento	Nombre genérico
GEODON INJ 20MG	ZIPRASIDONE MESYLATE FOR INJ 20 MG (BASE EQUIVALENT)
GIAPREZA INJ 2.5MG	ANGIOTENSIN II ACETATE IV SOLN 2.5 MG/ML (BASE EQUIVALENT)
GIVLAARI INJ 189MG/ML	GIVOSIRAN SODIUM SUBCUTANEOUS SOLN 189 MG/ML
GLASSIA INJ	ALPHA1-PROTEINASE INHIBITOR (HUMAN) INJ 1000 MG/50ML
GLYCOPYRROL INJ 0.2MG/ML	GLYCOPYRROLATE INJ 0.2 MG/ML
GLYCOPYRROL INJ 0.2MG/ML	GLYCOPYRROLATE INJ PF SOLN PREFILLED SYRINGE 0.2 MG/ML
GLYCOPYRROL INJ 0.4/2ML	GLYCOPYRROLATE INJ 0.4 MG/2ML (0.2 MG/ML)
GLYCOPYRROL INJ 0.4/2ML	GLYCOPYRROLATE INJ PF SOLN PREF SYR 0.4 MG/2ML (0.2 MG/ML)
GLYCOPYRROL INJ 4MG/20ML	GLYCOPYRROLATE INJ 4 MG/20ML (0.2 MG/ML)
GLYRX-PF INJ .6MG/3ML	GLYCOPYRROLATE INJ PF SOLN PREF SYR 0.6 MG/3ML (0.2 MG/ML)
GLYRX-PF INJ 1MG/5ML	GLYCOPYRROLATE INJ PF SOLN PREF SYR 1 MG/5ML (0.2 MG/ML)
GLYRX-PF SOL 0.2MG/ML	GLYCOPYRROLATE INJ PF 0.2 MG/ML
GLYRX-PF SOL 0.4/2	GLYCOPYRROLATE INJ PF 0.4 MG/2ML (0.2 MG/ML)
GOPRELTO SOL 40MG/ML	COCAINE HCL NASAL SOLN 40 MG/ML (4%)
GRANISETRON INJ 0.1MG/ML	GRANISETRON HCL INJ 0.1 MG/ML
GRANISETRON INJ 1MG/ML	GRANISETRON HCL INJ 1 MG/ML
GRANISETRON INJ 4MG/4ML	GRANISETRON HCL INJ 4 MG/4ML (1 MG/ML)
HALDOL INJ 5MG/ML	HALOPERIDOL LACTATE INJ 5 MG/ML
HALDOL DECAN INJ 100MG/ML	HALOPERIDOL DECANOATE IM SOLN 100 MG/ML
HALDOL DECAN INJ 50MG/ML	HALOPERIDOL DECANOATE IM SOLN 50 MG/ML
HALOPER DEC INJ 100MG/ML	HALOPERIDOL DECANOATE IM SOLN 100 MG/ML
HALOPER DEC INJ 500/5ML	HALOPERIDOL DECANOATE IM SOLN 100 MG/ML
HALOPER DEC INJ 50MG/ML	HALOPERIDOL DECANOATE IM SOLN 50 MG/ML
HALOPER LAC INJ 5MG/ML	HALOPERIDOL LACTATE INJ 5 MG/ML
HALOPERIDOL INJ 5MG/ML	HALOPERIDOL LACTATE INJ 5 MG/ML
HECTOROL INJ 2MCG/ML	DOXERCALCIFEROL INJ 2 MCG/ML
HECTOROL INJ 4MCG/2ML	DOXERCALCIFEROL INJ 4 MCG/2ML (2 MCG/ML)



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nombre del medicamento	Nombre genérico
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	HEPARIN SODIUM (PORCINE)- DEXTROSE IV SOL 20000 UNIT/500ML-5%	HYDROMORPHON INJ 4MG/ ML	HYDROMORPHONE HCL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 4 MG/ML
HEP SOD/DEXT INJ 25000UNT	HEPARIN SODIUM (PORCINE) 100 UNIT/ML IN D5W	HYDROXYPROG INJ 250MG/ ML	HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE IM IN OIL 250 MG/ ML
HEP SOD/DEXT INJ 25000UNT	HEPARIN SODIUM (PORCINE)- DEXTROSE IV SOL 25000 UNIT/500ML-5%	HYDROXYZ HCL INJ 25MG/ML	HYDROXYZINE HCL IM SOLN 25 MG/ML
HEP SOD/NACL INJ 1000UNIT	HEPARIN SOD (PORCINE)- NACL IV SOLN 1000 UNIT/500ML-0.9%	HYDROXYZ HCL INJ 50MG/ML	HYDROXYZINE HCL IM SOLN 50 MG/ML
HEP SOD/NACL INJ 12500UNT	HEPARIN SOD (PORCINE) IN NACL IV SOLN 12500 UNIT/250ML-0.45%	HYPERRAB INJ 900UNIT	RABIES IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) INJ 900 UNT/3ML (300 UNT/ML)
HEP SOD/NACL INJ 2000UNIT	HEPARIN SOD (PORCINE)- NACL IV SOLN 2000 UNIT/L-0.9%	HYQVIA INJ 10-800	IMMUN GLOB INJ 10 GM/100ML-HYALURON INJ 800 UNT/5 ML KIT
HEPARIN SOD INJ 1000/ML	HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJ 1000 UNIT/ML	HYQVIA INJ 2.5-200	IMMUN GLOB INJ 2.5 GM/25ML-HYALURON INJ 200 UNT/1.25 ML KIT
HEPARIN SOD INJ 5000/ML	HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJ 5000 UNIT/ML	HYQVIA INJ 20-1600	IMMUN GLOB INJ 20 GM/200ML-HYALURON INJ 1600 UNT/10 ML KIT
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	TRASTUZUMAB- HYALURONIDASE-OYSK INJ 600-10000 MG-UNIT/5ML	HYQVIA INJ 30-2400	IMMUN GLOB INJ 30 GM/300ML-HYALURON INJ 2400 UNT/15 ML KIT
HERCEPTIN INJ 150MG	TRASTUZUMAB FOR IV SOLN 150 MG	HYQVIA INJ 5-400	IMMUN GLOB INJ 5 GM/50ML- HYALURON INJ 400 UNT/2.5 ML KIT
HERCEPTIN INJ 440MG	TRASTUZUMAB FOR IV SOLN 440 MG	IBANDRONATE INJ 3MG/3ML	IBANDRONATE SODIUM IV SOLN 3 MG/3ML (BASE EQUIVALENT)
HERZUMA INJ 150MG	TRASTUZUMAB-PKRB FOR IV SOLN 150 MG	ILARIS INJ 150MG/ML	CANAKINUMAB SUBCUTANEOUS INJ 150 MG/ ML
HERZUMA INJ 420MG	TRASTUZUMAB-PKRB FOR IV SOLN 420 MG	ILUVIEN IMP 0.19MG	FLUOCINOLONE ACETONIDE INTRAVITREAL IMPLANT 0.19 MG
HIZENTRA INJ 1GM/5ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) SUBCUTANEOUS INJ 1 GM/5ML	IMFINZI INJ 120/2.4	DURVALUMAB SOLN FOR IV INFUSION 120 MG/2.4ML (50 MG/ML)
HIZENTRA INJ 1GM/5ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYR 1 GM/5ML	IMFINZI INJ 500/10	DURVALUMAB SOLN FOR IV INFUSION 500 MG/10ML (50 MG/ML)
HIZENTRA INJ 2GM/10ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYR 2 GM/10ML	IMIPENEM/CIL INJ 250MG	IMIPENEM-CILASTATIN INTRAVENOUS FOR SOLN 250 MG
HIZENTRA INJ 4GM/20ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) SUBCUTANEOUS INJ 4 GM/20ML	IMIPENEM/CIL INJ 500MG	IMIPENEM-CILASTATIN INTRAVENOUS FOR SOLN 500 MG
HIZENTRA SOL 20%	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYR 4 GM/20ML	IMLYGIC INJ	TALIMOGENE LAHERPAREPVEC INTRALESIONAL INJ 1000000 UNIT/ML
HYCAMTIN INJ 4MG	TOPOTECAN HCL FOR INJ 4 MG (BASE EQUIV)	IMLYGIC INJ	TALIMOGENE LAHERPAREPVEC INTRALESIONAL INJ 100000000 UNIT/ML
HYDRALAZINE INJ 20MG/ML	HYDRALAZINE HCL INJ 20 MG/ML	INFLECTRA INJ 100MG	INFLIXIMAB-DYB FOR IV INJ 100 MG
HYDROMORPHON INJ 10MG/ ML	HYDROMORPHONE HCL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 10 MG/ML	INFLIXIMAB INJ 100MG	INFLIXIMAB FOR IV INJ 100 MG
HYDROMORPHON INJ 1MG/ ML	HYDROMORPHONE HCL INJ 1 MG/ML	INFUGEM SOL 1200MG	GEMCITABINE HCL-NACL IV SOLN 1200 MG/120ML-0.9%
HYDROMORPHON INJ 1MG/ ML	HYDROMORPHONE HCL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 1 MG/ML	INFUGEM SOL 1300MG	GEMCITABINE HCL-NACL IV SOLN 1300 MG/130ML-0.9%
HYDROMORPHON INJ 2MG/ ML	HYDROMORPHONE HCL INJ 2 MG/ML		
HYDROMORPHON INJ 2MG/ ML	HYDROMORPHONE HCL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 2 MG/ML		



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nombre del medicamento	Nombre genérico
INFUGEM SOL 1400MG	GEMCITABINE HCL-NACL IV SOLN 1400 MG/140ML-0.9%	ISONIAZID INJ 100MG/ML	ISONIAZID INJ 100 MG/ML
INFUGEM SOL 1500MG	GEMCITABINE HCL-NACL IV SOLN 1500 MG/150ML-0.9%	JELMYTO INJ 40MG X 2	MITOMYCIN FOR PYELOALYCEAL SOLN 40 MG
INFUGEM SOL 1600MG	GEMCITABINE HCL-NACL IV SOLN 1600 MG/160ML-0.9%	JEMPERLI SOL 500/10ML	DOSTARLIMAB-GXLY IV SOLN 500 MG/10ML (50 MG/ML)
INFUGEM SOL 1700MG	GEMCITABINE HCL-NACL IV SOLN 1700 MG/170ML-0.9%	KADCYLA INJ 100MG	ADO-TRASTUZUMAB EMTANSINE FOR IV SOLN 100 MG
INFUGEM SOL 1800MG	GEMCITABINE HCL-NACL IV SOLN 1800 MG/180ML-0.9%	KADCYLA INJ 160MG	ADO-TRASTUZUMAB EMTANSINE FOR IV SOLN 160 MG
INFUGEM SOL 1900MG	GEMCITABINE HCL-NACL IV SOLN 1900 MG/190ML-0.9%	KANJINTI INJ 420MG	TRASTUZUMAB-ANNS FOR IV SOLN 420 MG
INFUGEM SOL 2000MG	GEMCITABINE HCL-NACL IV SOLN 2000 MG/200ML-0.9%	KANJINTI SOL 150MG	TRASTUZUMAB-ANNS FOR IV SOLN 150 MG
INFUGEM SOL 2200MG	GEMCITABINE HCL-NACL IV SOLN 2200 MG/220ML-0.9%	KANUMA INJ 20/10ML	SEBELIPASE ALFA IV SOLN 20 MG/10ML (2 MG/ML)
INFUMORPH INJ 10MG/ML	MORPHINE SULF FOR MICROINFUSION PF INJ 200 MG/20ML (10MG/ML)	KCENTRA KIT 1000UNIT	PROTHROMBIN COMPLEX CONC HUMAN FOR INJ KIT 1000 UNIT
INFUMORPH INJ 25MG/ML	MORPHINE SULF FOR MICROINFUSION PF INJ 500 MG/20ML (25MG/ML)	KEDBUMIN INJ 25%	ALBUMIN, HUMAN INJ 25%
INTEGRILIN INJ	EPTIFIBATIDE IV SOLN 200 MG/100ML (2 MG/ML)	KENALOG-40 INJ 40MG/ML	TRIAMCINOLONE ACETONIDE INJ SUSP 40 MG/ML
INTRAROSA SUP 6.5MG	PRASTERONE VAGINAL INSERT 6.5 MG	KENALOG-80 INJ	TRIAMCINOLONE ACETONIDE INJ SUSP 80 MG/ML
INVANZ INJ 1GM	ERTAPENEM SODIUM FOR INJ 1 GM (BASE EQUIVALENT)	KENGREAL SOL 50MG	CANGRELOR TETRASODIUM FOR IV SOLN 50 MG
INVEGA HAFYE INJ 1092MG	PALIPERIDONE PALMITATE ER SUSP PREF SYR 1,092 MG/3.5ML	KEPIVANCE INJ 6.25MG	PALIFERMIN FOR IV INJ 6.25 MG
INVEGA HAFYE INJ 1560MG	PALIPERIDONE PALMITATE ER SUSP PREF SYR 1,560 MG/5ML	KEPPRA INJ 500/5ML	LEVETIRACETAM INJ 500 MG/5ML (100 MG/ML)
INVEGA SUST INJ 117/0.75	PALIPERIDONE PALMITATE ER SUSP PREF SYR 117 MG/0.75ML	KETOROLAC INJ 15MG/ML	KETOROLAC TROMETHAMINE INJ 15 MG/ML
INVEGA SUST INJ 156MG/ML	PALIPERIDONE PALMITATE ER SUSP PREF SYR 156 MG/ML	KETOROLAC INJ 30MG/ML	KETOROLAC TROMETHAMINE INJ 30 MG/ML
INVEGA SUST INJ 234/1.5	PALIPERIDONE PALMITATE ER SUSP PREF SYR 234 MG/1.5ML	KETOROLAC INJ 30MG/ML	KETOROLAC TROMETHAMINE INJ 300 MG/10ML (30 MG/ML)
INVEGA SUST INJ 39/0.25	PALIPERIDONE PALMITATE ER SUSP PREF SYR 39 MG/0.25ML	KETOROLAC INJ 60MG/2ML	KETOROLAC TROMETHAMINE IM INJ 60 MG/2ML (30 MG/ML)
INVEGA SUST INJ 78/0.5ML	PALIPERIDONE PALMITATE ER SUSP PREF SYR 78 MG/0.5ML	KEYTRUDA INJ 100MG/4M	PEMBROLIZUMAB IV SOLN 100 MG/4ML (25 MG/ML)
INVEGA TRINZ INJ 273MG	PALIPERIDONE PALMITATE ER SUSP PREF SYR 273 MG/0.88ML	KEYTRUDA SOL 50MG	PEMBROLIZUMAB FOR IV SOLN 50 MG
INVEGA TRINZ INJ 410MG	PALIPERIDONE PALMITATE ER SUSP PREF SYR 410 MG/1.32ML	KHAPZORY SOL 175MG	LEVOLEUCOVORIN FOR IV SOLN 175 MG
INVEGA TRINZ INJ 546MG	PALIPERIDONE PALMITATE ER SUSP PREF SYR 546 MG/1.75ML	KHAPZORY SOL 300MG	LEVOLEUCOVORIN FOR IV SOLN 300 MG
INVEGA TRINZ INJ 819MG	PALIPERIDONE PALMITATE ER SUSP PREF SYR 819 MG/2.63ML	KIMYRSA INJ 1200MG	ORITAVANCIN DIPHOSPHATE FOR IV SOLN 1200 MG
IRINOTECAN INJ 40MG/2ML	IRINOTECAN HCL INJ 40 MG/2ML (20 MG/ML)	KYMRIAH SUS	TISAGENLECLEUCEL IV SUSP 250,000,000 CELLS
ISOLYTE-S INJ	*ELECTROLYTE-S SOLUTION***	KYMRIAH SUS	TISAGENLECLEUCEL IV SUSP 600,000,000 CELLS
		KYPROLIS SOL 10MG	CARFILZOMIB FOR INJ 10 MG
		LABETALOL INJ 100/20ML	LABETALOL HCL IV SOLN 5 MG/ML
		LABETALOL INJ 20/4ML	LABETALOL HCL IV SOLN 5 MG/ML
		LABETALOL INJ 200/200	LABETALOL HCL-DEXTROSE IV SOLN 200 MG/200ML-5%

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nombre del medicamento	Nombre genérico
LABELTALOL INJ NAACL	LABELTALOL HCL-SODIUM CHLORIDE IV SOLN 100 MG/100ML-0.72%	LEVOTHYROXIN INJ 200/5ML	LEVOTHYROXINE SODIUM IV SOLN 200 MCG/5ML (40 MCG/ML)
LABELTALOL INJ NAACL	LABELTALOL HCL-SODIUM CHLORIDE IV SOLN 300 MG/300ML-0.72%	LEVOTHYROXIN INJ 500/5ML	LEVOTHYROXINE SODIUM IV SOLN 500 MCG/5ML (100 MCG/ML)
LANOXIN INJ 0.5/2ML	DIGOXIN INJ 0.25 MG/ML	LIBTAYO INJ 350/7ML	CEMIPLIMAB-RWLC IV SOLN 350 MG/7ML (50 MG/ML)
LANOXIN PED INJ 0.1MG/ML	DIGOXIN INJ 0.1 MG/ML	LIDO/DEXTROS INJ 5-7.5%	LIDOCAINE 5% IN 7.5% DEXTROSE INTRASPINAL SOLN
LARTRUVO INJ 10MG/ML	OLARATUMAB SOLN FOR IV INFUSION 500 MG/50ML (10 MG/ML)	LIDO/EPI INJ 1.5%	LIDOCAINE INJ 1.5% W/ EPINEPHRINE-1:200000
LARTRUVO INJ 190/19ML	OLARATUMAB SOLN FOR IV INFUSION 190 MG/19ML (10 MG/ML)	LIDOCAIN/D5W INJ 4MG/ML	LIDOCAINE IV INFUSION IN D5W INJ 4 MG/ML
LEMTRADA INJ 12/1.2ML	ALEMTUZUMAB IV INJ 12 MG/1.2ML (10 MG/ML)	LIDOCAIN/D5W INJ 8MG/ML	LIDOCAINE IV INFUSION IN D5W INJ 8 MG/ML
LEUCOVOR CA INJ 100MG	LEUCOVORIN CALCIUM FOR INJ 100 MG	LIDOCAINE INJ 0.5%	LIDOCAINE HCL LOCAL INJ 0.5%
LEUCOVOR CA INJ 200MG	LEUCOVORIN CALCIUM FOR INJ 200 MG	LIDOCAINE INJ 0.5%	LIDOCAINE HCL LOCAL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 0.5%
LEUCOVOR CA INJ 350MG	LEUCOVORIN CALCIUM FOR INJ 350 MG	LIDOCAINE INJ 1.5%	LIDOCAINE HCL LOCAL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 1.5%
LEUCOVOR CA INJ 50MG	LEUCOVORIN CALCIUM FOR INJ 50 MG	LIDOCAINE INJ 1%	LIDOCAINE HCL LOCAL INJ 1%
LEUCOVORIN INJ 100/10ML	LEUCOVORIN CALCIUM INJ 100 MG/10ML (10 MG/ML)	LIDOCAINE INJ 1%	LIDOCAINE HCL LOCAL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 1%
LEUCOVORIN INJ 500/50ML	LEUCOVORIN CALCIUM INJ 500 MG/50ML (10 MG/ML)	LIDOCAINE INJ 2%	LIDOCAINE HCL LOCAL INJ 2%
LEUCOVORIN INJ CALCIUM	LEUCOVORIN CALCIUM FOR INJ 500 MG	LIDOCAINE INJ 2%	LIDOCAINE HCL LOCAL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 2%
LEUKINE INJ 500 MCG	SARGRAMOSTIM INJ 500 MCG/ML	LIDOCAINE INJ 4%	LIDOCAINE HCL LOCAL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 4%
LEVETIRACETA INJ 10MG/ML	LEVETIRACETAM IN SODIUM CHLORIDE IV SOLN 1000 MG/100ML	LINCOCIN INJ 300MG/ML	LINCOMYCIN HCL INJ 300 MG/ ML
LEVETIRACETA INJ 15MG/ML	LEVETIRACETAM IN SODIUM CHLORIDE IV SOLN 1500 MG/100ML	LINCOMYCIN INJ 300MG/ML	LINCOMYCIN HCL INJ 300 MG/ ML
LEVETIRACETA INJ 5MG/ML	LEVETIRACETAM IN SODIUM CHLORIDE IV SOLN 500 MG/100ML	LINEZOLID INJ 2MG/ML	LINEZOLID IV SOLN 600 MG/300ML (2 MG/ML)
LEVETIRACETM INJ 500/5ML	LEVETIRACETAM INJ 500 MG/5ML (100 MG/ML)	LIORESAL INT INJ 40MG/20	BACLOFEN INTRATHECAL INJ 40 MG/20ML (2000 MCG/ML)
LEVOFLOX/D5W INJ 250/50ML	LEVOFLOXACIN IN D5W IV SOLN 250 MG/50ML	LIOTHYRONINE INJ 10MCG/ML	LIOTHYRONINE SODIUM IV SOLN 10 MCG/ML
LEVOFLOX/D5W INJ 500/100M	LEVOFLOXACIN IN D5W IV SOLN 500 MG/100ML	LOPRESSOR INJ 5MG/5ML	METOPROLOL TARTRATE IV SOLN 5 MG/5ML
LEVOFLOX/D5W INJ 750/150	LEVOFLOXACIN IN D5W IV SOLN 750 MG/150ML	LORAZEPAM INJ 2MG/ML	LORAZEPAM INJ 2 MG/ML
LEVOFLOXACIN INJ 25MG/ML	LEVOFLOXACIN IV SOLN 25 MG/ML	LORAZEPAM INJ 4MG/ML	LORAZEPAM INJ 4 MG/ML
LEVOLEUCOVOR INJ 175/17.5	LEVOLEUCOVORIN CALCIUM INJ 175 MG/17.5ML (BASE EQUIV)	LUCENTIS INJ 0.3MG	RANIBIZUMAB INTRAVITREAL SOLN PREF SYR 0.3 MG/0.05ML
LEVOLEUCOVOR INJ 175MG	LEVOLEUCOVORIN CALCIUM FOR IV INJ 175 MG (BASE EQUIV)	LUCENTIS INJ 0.5MG	RANIBIZUMAB INTRAVITREAL SOLN PREF SYR 0.5 MG/0.05ML
LEVOLEUCOVOR SOL 250MG/25	LEVOLEUCOVORIN CALCIUM IV SOLN PF 250 MG/25ML (BASE EQUIV)	LUMIZYME INJ 50MG	ALGLUCOSIDASE ALFA FOR IV SOLN 50 MG
LEVOTHYROXIN INJ 100/5ML	LEVOTHYROXINE SODIUM IV SOLN 100 MCG/5ML (20 MCG/ML)	LUMOXITI SOL 1MG	MOXETUMOMAB PASUDOTOX- TDFK FOR IV SOLN 1 MG
		LUPR DEP-PED INJ 11.25MG	LEUPROLIDE ACETATE FOR INJ PEDIATRIC KIT 11.25 MG



Nombre del medicamento	Nombre genérico
LUPR DEP-PED INJ 15MG	LEUPROLIDE ACETATE FOR INJ PEDIATRIC KIT 15 MG
LUPR DEP-PED INJ 3M 30MG	LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH) FOR INJ PEDIATRIC KIT 30 MG
LUPRON DEPOT INJ 11.25MG	LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH) FOR INJ KIT 11.25 MG
LUPRON DEPOT INJ 22.5MG	LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH) FOR INJ KIT 22.5 MG
LUPRON DEPOT INJ 3.75MG	LEUPROLIDE ACETATE FOR INJ KIT 3.75 MG
LUPRON DEPOT INJ 30MG	LEUPROLIDE ACETATE (4 MONTH) FOR INJ KIT 30 MG
LUPRON DEPOT INJ 45MG	LEUPROLIDE ACETATE (6 MONTH) FOR INJ KIT 45 MG
LUPRON DEPOT INJ 7.5MG	LEUPROLIDE ACETATE FOR INJ KIT 7.5 MG
LUTATHERA SOL 370MBQ	LUTETIUM LU 177 DOTATATE IV SOLN 370 MBQ/ML (10 MCI/ML)
LUXTURNA SUS	VORETIGENE NEPARVOVEC-RZYL 5000000000000 VG/ML INTRAOC SUSP
MAGNESIUM SU INJ 50%	MAGNESIUM SULFATE INJ 50%
MAGNESIUM SU INJ 80MG/ML	MAGNESIUM SULFATE IV SOLN 4 GM/50ML (80 MG/ML)
MAKENA INJ 250MG/ML	HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE IM IN OIL 250 MG/ML
MAKENA INJ 275MG	HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE SOLN AUTO-INJECTOR 275 MG/1.1ML
MARCAINE INJ 0.25%	BUPIVACAINE HCL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 0.25%
MARCAINE INJ 0.5%	BUPIVACAINE HCL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 0.5%
MARCAINE INJ 0.75%	BUPIVACAINE HCL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 0.75%
MARCAINE/EPI INJ 0.25%	BUPIVACAINE INJ 0.25% W/ EPINEPHRINE 1:200000 (PF)
MARCAINE/EPI INJ 0.5%	BUPIVACAINE INJ 0.5% W/ EPINEPHRINE 1:200000 (PF)
MARGENZA INJ 250/10ML	MARGETUXIMAB-CMKB IV SOLN 250 MG/10ML (25 MG/ML)
MAXIPIME INJ 1GM	CEFEPIME HCL FOR INJ 1 GM
MAXIPIME INJ 2GM	CEFEPIME HCL FOR INJ 2 GM
MEFOXIN INJ 1GM/50ML	CEFOXITIN SODIUM IV SOLN 1 GM/50ML IN DEXTROSE 2 GM/50ML
MEFOXIN INJ 2GM/50ML	CEFOXITIN SODIUM IV SOLN 2 GM/50ML IN DEXTROSE 1.1 GM/50ML
MELPHALAN INJ 50MG	MELPHALAN HCL FOR INJ 50 MG (BASE EQUIV)
MEPERIDINE INJ 100MG/ML	MEPERIDINE HCL INJ 100 MG/ML
MEPERIDINE INJ 10MG/ML	MEPERIDINE HCL INJ 10 MG/ML

Nombre del medicamento	Nombre genérico
MEPERIDINE INJ 25MG/ML	MEPERIDINE HCL INJ 25 MG/ML
MEPERIDINE INJ 50MG/ML	MEPERIDINE HCL INJ 50 MG/ML
MEPSEVII INJ 10MG/5ML	VESTRONIDASE ALFA-VJBK IV SOLN 10 MG/5ML (2 MG/ML)
MEROPENEM INJ 1GM	MEROPENEM IV FOR SOLN 1 GM
MEROPENEM INJ 500MG	MEROPENEM IV FOR SOLN 500 MG
MERREM INJ 1GM	MEROPENEM IV FOR SOLN 1 GM
MERREM INJ 500MG	MEROPENEM IV FOR SOLN 500 MG
METHADONE INJ 10MG/ML	METHADONE HCL INJ 10 MG/ML
METHOCARBAM INJ 1000MG	METHOCARBAMOL INJ 1000 MG/10ML
METHOTREXATE INJ 100/4ML	METHOTREXATE SODIUM INJ PF 100 MG/4ML (25 MG/ML)
METHOTREXATE INJ 200/8ML	METHOTREXATE SODIUM INJ PF 200 MG/8ML (25 MG/ML)
METHYLPR ACE INJ 40MG/ML	METHYLPREDNISOLONE ACETATE INJ SUSP 40 MG/ML
METHYLPR ACE INJ 80MG/ML	METHYLPREDNISOLONE ACETATE INJ SUSP 80 MG/ML
METHYLPR SS INJ 1000MG	METHYLPREDNISOLONE SOD SUCC FOR INJ 1000 MG (BASE EQUIV)
METHYLPR SS INJ 125MG	METHYLPREDNISOLONE SOD SUCC FOR INJ 125 MG (BASE EQUIV)
METHYLPR SS INJ 40MG	METHYLPREDNISOLONE SOD SUCC FOR INJ 40 MG (BASE EQUIV)
METHYLPR SS INJ 500MG	METHYLPREDNISOLONE SOD SUCC FOR INJ 500 MG (BASE EQUIV)
METOCLOPRAM INJ 5MG/ML	METOCLOPRAMIDE HCL INJ 5 MG/ML (BASE EQUIVALENT)
METOPROLOL INJ 5MG/5ML	METOPROLOL TARTRATE IV SOLN 5 MG/5ML
METRONIDAZOL INJ 500/100	METRONIDAZOLE IN NAACL 0.74% IV SOLN 500 MG/100ML
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	MAGNESIUM SULFATE IN DEXTROSE 5% IV SOLN 1 GM/100ML
MICAFUNGIN INJ 100MG	MICAFUNGIN SODIUM FOR IV SOLN 100 MG
MICAFUNGIN INJ 50MG	MICAFUNGIN SODIUM FOR IV SOLN 50 MG
MIDAZOLAM INJ 10MG/2ML	MIDAZOLAM HCL INJ PF 10 MG/2ML (BASE EQUIVALENT)
MIDAZOLAM INJ 2MG/2ML	MIDAZOLAM HCL INJ 2 MG/2ML (BASE EQUIVALENT)
MIDAZOLAM INJ 2MG/2ML	MIDAZOLAM HCL INJ PF 2 MG/2ML (BASE EQUIVALENT)
MIDAZOLAM INJ 5MG/5ML	MIDAZOLAM HCL INJ 5 MG/5ML (BASE EQUIVALENT)
MIDAZOLAM INJ 5MG/ML	MIDAZOLAM HCL INJ PF 5 MG/ ML (BASE EQUIVALENT)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nombre del medicamento	Nombre genérico
MIDAZOLAM INJ NACL	MIDAZOLAM 50 MG/50ML-SODIUM CHLORIDE 0.9% IV SOLN	MUTAMYCIN INJ 20MG	MITOMYCIN FOR IV SOLN 20 MG
MIDAZOLAM SOL NACL	MIDAZOLAM 100 MG/100ML-SODIUM CHLORIDE 0.9% IV SOLN	MUTAMYCIN INJ 40MG	MITOMYCIN FOR IV SOLN 40 MG
MIRCERA INJ 100MCG	METHOXY PEG-EPOETIN BETA SOLN PREFILLED SYR 100 MCG/0.3ML	MUTAMYCIN INJ 5MG	MITOMYCIN FOR IV SOLN 5 MG
MIRCERA INJ 150MCG	METHOXY PEG-EPOETIN BETA SOLN PREFILLED SYR 150 MCG/0.3ML	MVASI INJ 100MG	BEVACIZUMAB-AWWB IV SOLN 100 MG/4ML (FOR INFUSION)
MIRCERA INJ 200MCG	METHOXY PEG-EPOETIN BETA SOLN PREFILLED SYR 200 MCG/0.3ML	MVASI INJ 400MG	BEVACIZUMAB-AWWB IV SOLN 400 MG/16ML (FOR INFUSION)
MIRCERA INJ 50MCG	METHOXY PEG-EPOETIN BETA SOLN PREFILLED SYR 50 MCG/0.3ML	MYCOPHENOLAT INJ 500MG	MYCOPHENOLATE MOFETIL HCL FOR IV SOLN 500 MG (BASE EQUIV)
MIRCERA INJ 75MCG	METHOXY PEG-EPOETIN BETA SOLN PREFILLED SYR 75 MCG/0.3ML	MYLOTARG INJ 4.5MG	GEMTUZUMAB OZOGAMICIN FOR IV SOLN 4.5 MG
MITIGO INJ 10MG/ML	MORPHINE SULF FOR MICROINFUSION PF INJ 200 MG/20ML (10MG/ML)	NAFCILLIN INJ 10GM	NAFCILLIN SODIUM FOR IV SOLN 10 GM
MITIGO INJ 25MG/ML	MORPHINE SULF FOR MICROINFUSION PF INJ 500 MG/20ML (25MG/ML)	NAFCILLIN INJ 1GM	NAFCILLIN SODIUM FOR INJ 1 GM
MITOMYCIN INJ 20MG	MITOMYCIN FOR IV SOLN 20 MG	NAFCILLIN INJ 2GM	NAFCILLIN SODIUM FOR INJ 2 GM
MITOMYCIN INJ 40MG	MITOMYCIN FOR IV SOLN 40 MG	NAGLAZYME INJ 1MG/ML	GALSULFASE SOLN FOR IV INFUSION 1 MG/ML
MITOMYCIN INJ 5MG	MITOMYCIN FOR IV SOLN 5 MG	NALBUPHINE INJ 10MG/ML	NALBUPHINE HCL INJ 10 MG/ML
MITOXANTRON INJ 2MG/ML	MITOXANTRONE HCL INJ CONC 30 MG/15ML (2 MG/ML)	NALBUPHINE INJ 20MG/ML	NALBUPHINE HCL INJ 20 MG/ML
MONJUVI INJ 200MG	TAFASITAMAB-CXIX FOR IV SOLN 200 MG	NAROPIN INJ 10MG/ML	ROPIVACAINE HCL INJ 10 MG/ML
MONOFERRIC INJ 1000/10	FERRIC DERISOMALTOSE (ONE DOSE) IV SOL 1000 MG/10ML (FE EQ)	NAROPIN INJ 2MG/ML	ROPIVACAINE HCL INJ 2 MG/ML
MORPHIN/NACL INJ 30/30ML	MORPHINE SULFATE IV SOLN PF 1 MG/ML	NAROPIN INJ 5MG/ML	ROPIVACAINE HCL INJ 5 MG/ML
MORPHINE SUL INJ 0.5MG/ML	MORPHINE SULFATE INJ PF 0.5 MG/ML	NAROPIN INJ 7.5MG/ML	ROPIVACAINE HCL INJ 7.5 MG/ML
MORPHINE SUL INJ 150/30ML	MORPHINE SULFATE IV SOLN 5 MG/ML	NEOSTIG METH INJ 3MG/3ML	NEOSTIGMINE METHYLSULFATE SOLN PREF SYR 3 MG/3ML (1 MG/ML)
MORPHINE SUL INJ 1MG/ML	MORPHINE SULFATE INJ PF 1 MG/ML	NESACAINE INJ -MPF 2%	CHLOROPROCAINE HCL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 2%
MORPHINE SUL INJ 2MG/ML	MORPHINE SULFATE INJ PF 2 MG/ML	NEXIUM I .V . INJ 40MG	ESOMEPRAZOLE SODIUM FOR INTRAVENOUS SOLN 40 MG (BASE EQUIV)
MORPHINE SUL INJ 2MG/ML	MORPHINE SULFATE IV SOLN PF 2 MG/ML	NEXTERONE INJ	AMIODARONE HCL IN DEXTROSE 4.14% IV SOLN 360 MG/200ML
MORPHINE SUL INJ 4MG/ML	MORPHINE SULFATE IV SOLN 4 MG/ML	NEXTERONE INJ	AMIODARONE HCL IN DEXTROSE 4.21% IV SOLN 150 MG/100ML
MORPHINE SUL INJ 4MG/ML	MORPHINE SULFATE IV SOLN PF 4 MG/ML	NEXVIAZYME INJ 100MG	AVALGLUCOSIDASE ALFA-NGPT FOR IV SOLN 100 MG
MORPHINE SUL INJ 5MG/ML	MORPHINE SULFATE INJ PF 5 MG/ML	NICARDIPINE INJ 25/10ML	NICARDIPINE HCL IV SOLN 2.5 MG/ML
MORPHINE SUL INJ 8MG/ML	MORPHINE SULFATE INJ PF 8 MG/ML	NIMBEX INJ 2MG/ML	CISATRACURIUM BESYLATE (PF) IV SOLN 10 MG/5ML (2 MG/ML)
MOXIFLOXACIN INJ 400/250	MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML IN SODIUM CHLORIDE 0.8% INJ	NIPRIDE RTU INJ 20/100ML	NITROPRUSSIDE SODIUM IN NACL 0.9% IV SOLN 20 MG/100ML

Nombre del medicamento	Nombre genérico
NIPRIDE RTU INJ 50/100ML	NITROPRUSSIDE SODIUM IN NACL 0.9% IV SOLN 50 MG/100ML
NITROGLY/D5W INJ 100MG	NITROGLYCERIN IV SOLN 400 MCG/ML IN D5W
NITROGLY/D5W INJ 200MG	NITROGLYCERIN IV SOLN 400 MCG/ML IN D5W
NITROGLY/D5W INJ 25MG	NITROGLYCERIN IV SOLN 100 MCG/ML IN D5W
NITROGLY/D5W INJ 50MG	NITROGLYCERIN IV SOLN 200 MCG/ML IN D5W
NITROGLYCER INJ 5MG/ML	NITROGLYCERIN IV SOLN 5 MG/ML
NORMOSOL-R INJ PH 7.4	*ELECTROLYTE-R (PH 7.4) SOLUTION***
NOXAFIL INJ 300/16.7	POSACONAZOLE IV SOLN 300 MG/16.7ML (18 MG/ML)
NPLATE INJ 125MCG	ROMIPLOSTIM FOR INJ 125 MCG
NUCALA INJ 100MG	MEPOLIZUMAB FOR INJ 100 MG
NULIBRY INJ 9.5MG	FOSDENOPTERIN HYDROBROMIDE FOR IV SOLN 9.5 MG
NULOJIX INJ 250MG	BELATACEPT FOR IV INFUSION 250 MG
NUMBRINO SOL 40MG/ML	COCAINE HCL NASAL SOLN 40 MG/ML (4%)
NUZYRA INJ 100MG	OMADACYCLINE TOSYLATE IV FOR SOLN 100 MG (BASE EQUIVALENT)
OCREVUS INJ 300/10ML	OCRELIZUMAB SOLN FOR IV INFUSION 300 MG/10ML
OCTAGAM INJ 10/100ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 10 GM/100ML
OCTAGAM INJ 10GM	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 10 GM/200ML
OCTAGAM INJ 1GM	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 1 GM/20ML
OCTAGAM INJ 2.5GM	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 2.5 GM/50ML
OCTAGAM INJ 20/200ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 20 GM/200ML
OCTAGAM INJ 25GM	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 25 GM/500ML
OCTAGAM INJ 2GM/20ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 2 GM/20ML
OCTAGAM INJ 30/300ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 30 GM/300ML
OCTAGAM INJ 5GM	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 5 GM/100ML
OCTAGAM INJ 5GM/50ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 5 GM/50ML
OGIVRI INJ 150MG	TRASTUZUMAB-DKST FOR IV SOLN 150 MG
OGIVRI INJ 420MG	TRASTUZUMAB-DKST FOR IV SOLN 420 MG
OLANZAPINE INJ 10MG	OLANZAPINE FOR IM INJ 10 MG
OLINVYK SOL 1MG/ML	OLICERIDINE FUMARATE IV SOLN 1 MG/ML

Nombre del medicamento	Nombre genérico
OLINVYK SOL 2MG/2ML	OLICERIDINE FUMARATE IV SOLN 2 MG/2ML (1 MG/ML)
OLINVYK SOL 30MG/30	OLICERIDINE FUMARATE IV SOLN 30 MG/30ML (1 MG/ML)
OMEGAVEN INJ 5GM/50ML	FAT EMULSION FISH OIL TRIGLYCERIDE BASED IV EMUL 5 GM/50ML
OMIDRIA INJ 1-0.3%	PHENYLEPHRINE-KETOROLAC INTRAOCULAR SOLN 1-0.3%
ONDANSETRON INJ 40/20ML	ONDANSETRON HCL INJ 40 MG/20ML (2 MG/ML)
ONDANSETRON INJ 4MG/2ML	ONDANSETRON HCL INJ 4 MG/2ML (2 MG/ML)
ONIVYDE INJ 4.3MG/ML	IRINOTECAN HCL LIPOSOME IV INJ 43 MG/10ML (4.3 MG/ML)
ONPATTRO SOL 10MG/5ML	PATISIRAN SODIUM IV SOLN 10 MG/5ML (2 MG/ML) (BASE EQUIV)
ONTRUZANT INJ 150MG	TRASTUZUMAB-DTTB FOR IV SOLN 150 MG
ONTRUZANT INJ 420MG	TRASTUZUMAB-DTTB FOR IV SOLN 420 MG
OPDIVO INJ 100MG/10	NIVOLUMAB IV SOLN 100 MG/10ML
OPDIVO INJ 120MG/12	NIVOLUMAB IV SOLN 120 MG/12ML
OPDIVO INJ 240/24	NIVOLUMAB IV SOLN 240 MG/24ML
OPDIVO INJ 40MG/4ML	NIVOLUMAB IV SOLN 40 MG/4ML
ORBACTIV SOL 400MG	ORITAVANCIN DIPHOSPHATE FOR IV SOLN 400 MG (BASE EQUIVALENT)
ORENCIA INJ 250MG	ABATACEPT FOR IV SOLN 250 MG
ORPHENADRINE INJ 30MG/ML	ORPHENADRINE CITRATE INJ 30 MG/ML
OXACILLIN INJ 10GM	OXACILLIN SODIUM FOR IV SOLN 10 GM (BASE EQUIVALENT)
OXACILLIN INJ 1GM	OXACILLIN SODIUM FOR INJ 1 GM (BASE EQUIVALENT)
OXACILLIN INJ 1GM	OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE INJ 1 GM/50ML
OXACILLIN INJ 2GM	OXACILLIN SODIUM FOR INJ 2 GM (BASE EQUIVALENT)
OXACILLIN INJ 2GM	OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE INJ 2 GM/50ML
OXALIPLATIN INJ 200MG	OXALIPLATIN IV SOLN 200 MG/40ML
OXLUMO INJ 94.5/0.5	LUMASIRAN SODIUM SUBCUTANEOUS SOLN 94.5 MG/0.5ML
OXYTOCIN INJ 10UNT/ML	OXYTOCIN INJ 10 UNIT/ML
PACLITAXEL INJ 300/50ML	PACLITAXEL IV CONC 300 MG/50ML (6 MG/ML)
PADCEV INJ 20MG	ENFORTUMAB VEDOTIN-EJFV FOR IV SOLN 20 MG
PADCEV INJ 30MG	ENFORTUMAB VEDOTIN-EJFV FOR IV SOLN 30 MG



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nombre del medicamento	Nombre genérico
PALONOSETRON INJ 0.25/2ML	PALONOSETRON HCL IV SOLN 0.25 MG/2ML (BASE EQUIVALENT)	PENTAM 300 INJ 300MG	PENTAMIDINE ISETHIONATE FOR SOLN 300 MG
PALONOSETRON INJ 0.25MG/5	PALONOSETRON HCL IV SOLN 0.25 MG/5ML (BASE EQUIVALENT)	PENTAMIDINE INJ 300MG	PENTAMIDINE ISETHIONATE FOR SOLN 300 MG
PALONOSETRON SOL 0.25/5ML	PALONOSETRON HCL IV SOLN PREF SYR 0.25 MG/5ML (BASE EQUIV)	PERSERIS INJ 120MG	RISPERIDONE SUBCUTANEOUS FOR ER SUSP PREFILLED SYR 120 MG
PAMIDRONATE INJ 30/10ML	PAMIDRONATE DISODIUM IV SOLN 3 MG/ML	PERSERIS INJ 90MG	RISPERIDONE SUBCUTANEOUS FOR ER SUSP PREFILLED SYR 90 MG
PAMIDRONATE INJ 30MG	PAMIDRONATE DISODIUM FOR INJ 30 MG	PFIZERPEN INJ 20000000	PENICILLIN G POTASSIUM FOR INJ 20000000 UNIT
PAMIDRONATE INJ 6MG/ML	PAMIDRONATE DISODIUM IV SOLN 6 MG/ML	PHENERGAN INJ 25MG/ML	PROMETHAZINE HCL INJ 25 MG/ML
PAMIDRONATE INJ 90/10ML	PAMIDRONATE DISODIUM IV SOLN 9 MG/ML	PHENERGAN INJ 50MG/ML	PROMETHAZINE HCL INJ 50 MG/ML
PAMIDRONATE INJ 90MG	PAMIDRONATE DISODIUM FOR INJ 90 MG	PHENYLEPHRIN INJ 100/10ML	PHENYLEPHRINE HCL IV SOLN 10 MG/ML
PANHEMATIN INJ 350MG	HEMIN FOR INJ 350 MG	PHENYLEPHRIN INJ 10MG/ML	PHENYLEPHRINE HCL IV SOLN 10 MG/ML
PANTOPRAZOLE INJ SOD 40MG	PANTOPRAZOLE SODIUM FOR IV SOLN 40 MG (BASE EQUIV)	PHENYTOIN INJ 50MG/ML	PHENYTOIN SODIUM INJ 50 MG/ML
PANZYGA SOL 10/100ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN)-IFAS IV SOLN 10 GM/100ML	PHESGO SOL	PERTUZUMAB-TRASTUZ-HYALURON-ZZXF INJ 60 MG-60 MG-2000 UNT/ML
PANZYGA SOL 1GM/10ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN)-IFAS IV SOLN 1 GM/10ML	PHESGO SOL	PERTUZUMAB-TRASTUZ-HYALURON-ZZXF INJ 80 MG-40 MG-2000 UNT/ML
PANZYGA SOL 2.5/25ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN)-IFAS IV SOLN 2.5 GM/25ML	PIPER/TAZOBA INJ 12-1.5GM	PIPERACILLIN SOD-TAZOBACTAM SOD FOR INJ 13.5 GM (12-1.5 GM)
PANZYGA SOL 20/200ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN)-IFAS IV SOLN 20 GM/200ML	PIPER/TAZOBA INJ 2-0.25GM	PIPERACILLIN SOD-TAZOBACTAM SOD FOR INJ 2.25 GM (2-0.25 GM)
PANZYGA SOL 30/300ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN)-IFAS IV SOLN 30 GM/300ML	PIPER/TAZOBA INJ 3-0.375G	PIPERACILLIN SOD-TAZOBACTAM NA FOR INJ 3.375 GM (3-0.375 GM)
PANZYGA SOL 5GM/50ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN)-IFAS IV SOLN 5 GM/50ML	PIPER/TAZOBA INJ 4-0.5GM	PIPERACILLIN SOD-TAZOBACTAM SOD FOR INJ 4.5 GM (4-0.5 GM)
PARAPLATIN INJ 1000MG	CARBOPLATIN IV SOLN 1000 MG/100ML	PITOCIN INJ 10UNT/ML	OXYTOCIN INJ 10 UNIT/ML
PARICALCITOL INJ 2MCG/ML	PARICALCITOL IV SOLN 2 MCG/ML	PLASMA-LYTE INJ -148	*ELECTROLYTE-148 SOLUTION***
PARICALCITOL INJ 5MCG/ML	PARICALCITOL IV SOLN 5 MCG/ML	PLASMA-LYTE INJ -A	*ELECTROLYTE-A SOLUTION***
PARSABIV INJ 10MG/2ML	ETELCALCETIDE HCL IV SOLUTION 10 MG/2ML (BASE EQUIV)	PLASMANATE INJ 5%	PLASMA PROTEIN FRACTION INJ 5%
PARSABIV INJ 2.5-0.5	ETELCALCETIDE HCL IV SOLUTION 2.5 MG/0.5ML (BASE EQUIV)	POLIVY INJ 140MG	POLATUZUMAB VEDOTIN-PIIQ FOR IV SOLUTION 140 MG
PARSABIV INJ 5MG/ML	ETELCALCETIDE HCL IV SOLUTION 5 MG/ML (BASE EQUIV)	POLIVY INJ 30MG	POLATUZUMAB VEDOTIN-PIIQ FOR IV SOLUTION 30 MG
PEN G PROC INJ 600000	PENICILLIN G PROCAINE INTRAMUSCULAR SUSP 600000 UNIT/ML	POLOCAINE INJ -MPF 1%	MEPIVACAINE HCL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 1%
PEN G SODIUM INJ 5000000	PENICILLIN G SODIUM FOR INJ 5000000 UNIT	POLOCAINE INJ -MPF 2%	MEPIVACAINE HCL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 2%
PEN GK/DEXTR INJ 20000/ML	PENICILLIN G POTASSIUM INJ 20000 UNIT/ML IN DEXTROSE	POLYMYXIN B INJ 500000	POLYMYXIN B SULFATE FOR INJ 500000 UNIT
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	PENICILLIN G POTASSIUM INJ 40000 UNIT/ML IN DEXTROSE	PORTRAZZA INJ 800/50ML	NECITUMUMAB IV SOLN 800 MG/50ML (16 MG/ML)
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	PENICILLIN G POTASSIUM INJ 60000 UNIT/ML IN DEXTROSE	POT ACETATE INJ 2MEQ/ML	POTASSIUM ACETATE INJ 2 MEQ/ML
PENICILLN GK INJ 20MU	PENICILLIN G POTASSIUM FOR INJ 20000000 UNIT		



Nombre del medicamento	Nombre genérico
POT CHL/NAACL INJ 20MEQ/L	KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN NAACL 0.45% INJ
POT CHL/NAACL INJ 20MEQ/L	KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN NAACL 0.9% INJ
POT CHL/NAACL INJ 40MEQ/L	KCL 40 MEQ/L (0.3%) IN NAACL 0.9% INJ
POT CHLORIDE INJ 10MEQ	POTASSIUM CHLORIDE INJ 10 MEQ/100ML
POT CHLORIDE INJ 2MEQ/ML	POTASSIUM CHLORIDE INJ 2 MEQ/ML
POT CHLORIDE INJ 30MEQ	POTASSIUM CHLORIDE INJ 30 MEQ/100ML
POT PHOSPHAT INJ 3MM/ML	POTASSIUM PHOSPHATES INJ 45 MM/15ML (PHOS) 71 MEQ/15ML (K)
POTELIGEO INJ 20MG/5ML	MOGAMULIZUMAB-KPKC IV SOLN 20 MG/5ML (4 MG/ML)
PRAXBIND INJ 2.5/50	IDARUCIZUMAB IV SOLN 2.5 GM/50ML
PREMARIN INJ 25MG	ESTROGENS, CONJUGATED FOR INJ 25 MG
PREVYMIS INJ 240/12	LETENMOVIR IV SOLN 240 MG/12ML
PREVYMIS INJ 480/24	LETENMOVIR IV SOLN 480 MG/24ML
PRIMAXIN IV INJ 250MG	IMIPENEM-CILASTATIN INTRAVENOUS FOR SOLN 250 MG
PRIMAXIN IV INJ 500MG	IMIPENEM-CILASTATIN INTRAVENOUS FOR SOLN 500 MG
PRIVIGEN INJ 10GRAMS	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 10 GM/100ML
PRIVIGEN INJ 20GRAMS	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 20 GM/200ML
PRIVIGEN INJ 40GRAMS	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 40 GM/400ML
PRIVIGEN INJ 5 GRAMS	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLN 5 GM/50ML
PROCAINAMIDE INJ 100MG/ML	PROCAINAMIDE HCL INJ 100 MG/ML
PROCAINAMIDE INJ 500MG/ML	PROCAINAMIDE HCL INJ 500 MG/ML
PROCHLORPER INJ 10MG/2ML	PROCHLORPERAZINE EDISYLATE INJ 10 MG/2ML
PROCHLORPER INJ 5MG/ML	PROCHLORPERAZINE EDISYLATE INJ 50 MG/10ML
PROGRAF INJ 5MG/ML	TACROLIMUS INJ 5 MG/ML
PROLASTIN-C INJ 1000MG	ALPHA1-PROTEINASE INHIBITOR (HUMAN) INJ 1000 MG/20ML
PROLEUKIN INJ 22MU	ALDESLEUKIN FOR IV SOLN 22000000 UNIT
PROLIA SOL 60MG/ML	DENOSUMAB INJ SOLN PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML
PROMETHAZINE INJ 25MG/ML	PROMETHAZINE HCL INJ 25 MG/ML
PROMETHAZINE INJ 50MG/ML	PROMETHAZINE HCL INJ 50 MG/ML
PROPOFOL INJ 200/20ML	PROPOFOL IV EMUL 200 MG/20ML (10 MG/ML)

Nombre del medicamento	Nombre genérico
PROPRANOLOL INJ 1MG/ML	PROPRANOLOL HCL INJ 1 MG/ML
PROTONIX INJ 40MG	PANTOPRAZOLE SODIUM FOR IV SOLN 40 MG (BASE EQUIV)
PROVAYBLUE INJ	METHYLENE BLUE IV SOLN 50 MG/10ML (5 MG/ML)
QUINIDINE GL INJ 80MG/ML	QUINIDINE GLUCONATE INJ 80 MG/ML
QUZYTIR INJ 10MG/ML	CETIRIZINE HCL IV SOLN 10 MG/ML
RADICAVA INJ 30MG	EDARAVONE INJ 30 MG/100ML (0.3 MG/ML)
REBLOZYL INJ 25MG	LUSPATERCEPT-AAMT FOR SUBCUTANEOUS INJ 25 MG
REBLOZYL INJ 75MG	LUSPATERCEPT-AAMT FOR SUBCUTANEOUS INJ 75 MG
RECARBRIO INJ 1.25GM	IMIPENEM-CILASTATIN-RELEBACT FOR IV SOLN 1.25 GM (500-500-250MG)
RECLAST INJ 5/100ML	ZOLEDRONIC ACID IV SOLN 5 MG/100ML
REGONOL INJ 5MG/ML	PYRIDOSTIGMINE BROMIDE IV SOLN 10 MG/2ML (5 MG/ML)
REMICADE INJ 100MG	INFLIXIMAB FOR IV INJ 100 MG
REMODULIN INJ 10MG/ML	TREPROSTINIL INJ SOLN 200 MG/20ML (10 MG/ML)
REMODULIN INJ 1MG/ML	TREPROSTINIL INJ SOLN 20 MG/20ML (1 MG/ML)
REMODULIN INJ 2.5MG/ML	TREPROSTINIL INJ SOLN 50 MG/20ML (2.5 MG/ML)
REMODULIN INJ 5MG/ML	TREPROSTINIL INJ SOLN 100 MG/20ML (5 MG/ML)
RENACIDIN SOL	*CITRIC ACID-GLUCONOLACTONE-MAGNESIUM CARBONATE SOLN**
RENFLEXIS INJ 100MG	INFLIXIMAB-ABDA FOR IV INJ 100 MG
RETACRIT INJ 10000UNT	EPOETIN ALFA-EPBX INJ 10000 UNIT/ML
RETROVIR INJ 10MG/ML	ZIDOVUDINE IV SOLN 10 MG/ML
REVATIO INJ	SILDENAFIL CITRATE IV SOLN 10 MG/12.5ML (BASE EQUIVALENT)
REVCovi INJ 1.6MG/ML	ELAPEGADEMASE-LVLR IM SOLN 2.4 MG/1.5ML (1.6 MG/ML)
RIABNI SOL 100/10ML	RITUXIMAB-ARRX IV SOLN 100 MG/10ML (10 MG/ML)
RIABNI SOL 500/50ML	RITUXIMAB-ARRX IV SOLN 500 MG/50ML (10 MG/ML)
RIFADIN INJ 600 MG	RIFAMPIN FOR INJ 600 MG
RIFAMPIN INJ 600 MG	RIFAMPIN FOR INJ 600 MG
RISPERDAL INJ 12.5MG	RISPERIDONE MICROSPHERES FOR IM EXTENDED REL SUSP 12.5 MG
RISPERDAL INJ 25MG	RISPERIDONE MICROSPHERES FOR IM EXTENDED REL SUSP 25 MG

Nombre del medicamento	Nombre genérico
RISPERDAL INJ 37.5MG	RISPERIDONE MICROSPHERES FOR IM EXTENDED REL SUSP 37.5 MG
RISPERDAL INJ 50MG	RISPERIDONE MICROSPHERES FOR IM EXTENDED REL SUSP 50 MG
RITUXAN INJ 100MG	RITUXIMAB IV SOLN 100 MG/10ML
RITUXAN INJ 500MG	RITUXIMAB IV SOLN 500 MG/50ML
RITUXAN INJ HYCELA	RITUXIMAB-HYALURONIDASE HUMAN INJ 1400-23400 MG-UNIT/11.7ML
RITUXAN INJ HYCELA	RITUXIMAB-HYALURONIDASE HUMAN INJ 1600-26800 MG-UNIT/13.4ML
ROBAXIN INJ 100MG/ML	METHOCARBAMOL INJ 1000 MG/10ML
ROMIDEPSIN INJ 27.5MG	ROMIDEPSIN IV SOLN 27.5 MG/5.5ML (5 MG/ML)
ROPIVACAINE INJ 10MG/ML	ROPIVACAINE HCL INJ 10 MG/ML
ROPIVACAINE INJ 2MG/ML	ROPIVACAINE HCL INJ 2 MG/ML
ROPIVACAINE INJ 5MG/ML	ROPIVACAINE HCL INJ 5 MG/ML
ROPIVACAINE INJ 7.5MG/ML	ROPIVACAINE HCL INJ 7.5 MG/ML
RUXIENCE INJ 100/10ML	RITUXIMAB-PVVR IV SOLN 100 MG/10ML (10 MG/ML)
RUXIENCE INJ 500/50ML	RITUXIMAB-PVVR IV SOLN 500 MG/50ML (10 MG/ML)
RYANODEX INJ 250MG	DANTROLENE SODIUM FOR IV SUSP 250 MG
RYBREVANT SOL 350/7ML	AMIVANTAMAB-VMJW IV SOLN 350 MG/7ML
RYLAZE INJ 10/0.5ML	ASPARAGINASE ERWINIA CHRYS (RECOMB)-RYWN IM SOLN 10 MG/0.5ML
SANDIMMUNE INJ 50MG/ML	CYCLOSPORINE IV SOLN 50 MG/ML
SANDOSTATIN KIT LAR 10MG	OCTREOTIDE ACETATE FOR IM INJ KIT 10 MG
SANDOSTATIN KIT LAR 20MG	OCTREOTIDE ACETATE FOR IM INJ KIT 20 MG
SANDOSTATIN KIT LAR 30MG	OCTREOTIDE ACETATE FOR IM INJ KIT 30 MG
SAPHNELO SOL 300/2ML	ANIFROLUMAB-FNIA IV SOLN 300 MG/2ML
SARCLISA SOL 100/5ML	ISATUXIMAB-IRFC IV SOLN 100 MG/5ML
SARCLISA SOL 500/25ML	ISATUXIMAB-IRFC IV SOLN 500 MG/25ML
SCENESSE IMP 16MG	AFAMELANOTIDE ACETATE IMPLANT 16 MG
SELENIOS AC INJ 60MCG/ML	SELENIOS ACID INJ 60 MCG/ML (SELENIUM EQUIV)
SENSORCAINE INJ -MPF/EPI	BUPIVACAINE INJ 0.25% W/ EPINEPHRINE 1:200000 (PF)
SENSORCAINE INJ -MPF/EPI	BUPIVACAINE INJ 0.5% W/ EPINEPHRINE 1:200000 (PF)

Nombre del medicamento	Nombre genérico
SENSORCAINE INJ MPF 0.5%	BUPIVACAINE HCL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 0.5%
SENSORCAINE INJ MPF0.25%	BUPIVACAINE HCL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 0.25%
SENSORCAINE INJ MPF0.75%	BUPIVACAINE HCL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 0.75%
SEVENFACT INJ 1MG	COAGULATION FACTOR VIIA (RECOM)-JNCW FOR INJ 1 MG (1000 MCG)
SEVENFACT INJ 5MG	COAGULATION FACTOR VIIA (RECOM)-JNCW FOR INJ 5 MG (5000 MCG)
SIGNIFOR LAR INJ 10MG	PASIREOTIDE PAMOATE FOR IM ER SUSP 10 MG (BASE EQUIV)
SIGNIFOR LAR INJ 20MG	PASIREOTIDE PAMOATE FOR IM ER SUSP 20 MG (BASE EQUIV)
SIGNIFOR LAR INJ 30MG	PASIREOTIDE PAMOATE FOR IM ER SUSP 30 MG (BASE EQUIV)
SIGNIFOR LAR INJ 40MG	PASIREOTIDE PAMOATE FOR IM ER SUSP 40 MG (BASE EQUIV)
SIGNIFOR LAR INJ 60MG	PASIREOTIDE PAMOATE FOR IM ER SUSP 60 MG (BASE EQUIV)
SILDENAFIL INJ	SILDENAFIL CITRATE IV SOLN 10 MG/12.5ML (BASE EQUIVALENT)
SIMPONI ARIA SOL 50MG/4ML	GOLIMUMAB IV SOLN 50 MG/4ML
SIMULECT INJ 10MG	BASILIXIMAB FOR IV SOLN 10 MG
SIMULECT INJ 20MG	BASILIXIMAB FOR IV SOLN 20 MG
SINUVA IMP 1350MCG	MOMETASONE FUROATE SINUS IMPLANT 1350 MCG
SIVEXTRO INJ 200MG	TEDIZOLID PHOSPHATE FOR IV SOLN 200 MG
SMZ-TMP INJ 400-80/5	SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM IV SOLN 400-80 MG/5ML
SOD ACETATE INJ 2MEQ/ML	SODIUM ACETATE INJ 2 MEQ/ML
SOD BICARB INJ 4.2%	SODIUM BICARBONATE IV SOLN 4.2%
SOD CHLORIDE INJ 0.9% BACT	*BACTERIOSTATIC SODIUM CHLORIDE INJ SOLN 0.9%***
SOD CHLORIDE INJ 3%	SODIUM CHLORIDE IV SOLN 3%
SOD CHLORIDE INJ 5%	SODIUM CHLORIDE IV SOLN 5%
SOD DIURIL INJ 500MG	CHLOROTHIAZIDE SODIUM FOR INJ 500 MG
SOD EDECRIN INJ 50MG	ETHACRYNATE SODIUM FOR INJ 50 MG
SOLU-CORTEF INJ 1000MG	HYDROCORTISONE SODIUM SUCCINATE PF FOR INJ 1000 MG

Nombre del medicamento	Nombre genérico
SOLU-CORTEF INJ 100MG	HYDROCORTISONE SODIUM SUCCINATE PF FOR INJ 100 MG
SOLU-CORTEF INJ 250MG	HYDROCORTISONE SODIUM SUCCINATE PF FOR INJ 250 MG
SOLU-CORTEF INJ 500MG	HYDROCORTISONE SODIUM SUCCINATE PF FOR INJ 500 MG
SOLU-MEDROL INJ 1000MG	METHYLPREDNISOLONE SOD SUCC FOR INJ 1000 MG (BASE EQUIV)
SOLU-MEDROL INJ 125MG	METHYLPREDNISOLONE SOD SUCC FOR INJ 125 MG (BASE EQUIV)
SOLU-MEDROL INJ 2GM	METHYLPREDNISOLONE SOD SUCC FOR INJ 2000 MG (BASE EQUIV)
SOLU-MEDROL INJ 40MG	METHYLPREDNISOLONE SOD SUCC FOR INJ 40 MG (BASE EQUIV)
SOLU-MEDROL INJ 500MG	METHYLPREDNISOLONE SOD SUCC FOR INJ 500 MG (BASE EQUIV)
SOTALOL HCL INJ 150/10ML	SOTALOL HCL INJ 150 MG/10ML (15 MG/ML)
SPINRAZA INJ 12MG/5ML	NUSINERSEN INTRATHECAL SOLN 12 MG/5ML (2.4 MG/ML)
STELARA INJ 5MG/ML	USTEKINUMAB IV SOLN 130 MG/26ML (5 MG/ML) (FOR IV INFUSION)
STREPTOMYCIN INJ 1GM	STREPTOMYCIN SULFATE FOR INJ 1 GM
SUBLOCADE INJ 100/0.5	BUPRENORPHINE EXTENDED RELEASE SOLN PREF SYR 100 MG/0.5ML
SUBLOCADE INJ 300/1.5	BUPRENORPHINE EXTENDED RELEASE SOLN PREF SYR 300 MG/1.5ML
SUSTOL INJ 10/0.4ML	GRANISETRON EXTENDED RELEASE INJ PREFILLED SYR 10 MG/0.4ML
SUSVIMO INJ 10/0.1ML	RANIBIZUMAB INTRAVITREAL (IMPLANT REFILL) INJ 10 MG/0.1ML
SYLVANT SOL 100MG	SILTUXIMAB FOR IV INFUSION 100 MG
SYLVANT SOL 400MG	SILTUXIMAB FOR IV INFUSION 400 MG
SYNAGIS INJ 100MG/ML	PALIVIZUMAB IM SOLN 100 MG/ML
SYNAGIS INJ 50MG	PALIVIZUMAB IM SOLN 50 MG/0.5ML
TAXOTERE INJ 20MG/ML	DOCETAXEL FOR INJ CONC 20 MG/ML
TAXOTERE INJ 80MG/4ML	DOCETAXEL FOR INJ CONC 80 MG/4ML (20 MG/ML)
TAZICEF INJ 1GM	CEFTAZIDIME FOR IV SOLN 1 GM
TAZICEF INJ 2GM	CEFTAZIDIME FOR IV SOLN 2 GM
TAZICEF INJ 6GM	CEFTAZIDIME FOR IV SOLN 6 GM

Nombre del medicamento	Nombre genérico
TECARTUS SUS	BREXUCABTAGENE AUTOLEUCEL IV SUSP 100,000,000 CELLS
TECARTUS SUS	BREXUCABTAGENE AUTOLEUCEL IV SUSP 200,000,000 CELLS
TECENTRIQ INJ 1200/20	ATEZOLIZUMAB IV SOLN 1200 MG/20ML
TECENTRIQ INJ 840/14	ATEZOLIZUMAB IV SOLN 840 MG/14ML
TEFLARO INJ 400MG	CEFTAROLINE FOSAMIL FOR IV SOLN 400 MG
TEFLARO INJ 600MG	CEFTAROLINE FOSAMIL FOR IV SOLN 600 MG
TEMSIROLIMUS INJ 25MG/ML	TEMSIROLIMUS SOLN FOR IV INFUSION 25 MG/ML
TEPADINA INJ 100MG	THIOTEPA FOR INJ 100 MG
TEPADINA INJ 15MG	THIOTEPA FOR INJ 15 MG
TEPEZZA INJ 500MG	TEPROTUMUMAB-TRBW FOR IV SOLN 500 MG
TERBUTALINE INJ 1MG/ML	TERBUTALINE SULFATE INJ 1 MG/ML
THIOTEPA INJ 100MG	THIOTEPA FOR INJ 100 MG
THIOTEPA INJ 15MG	THIOTEPA FOR INJ 15 MG
THYROGEN INJ 1.1MG	THYROTROPIN ALFA FOR INJ 1.1 MG
TIGAN INJ 100MG/ML	TRIMETHOBENZAMIDE HCL INJ 100 MG/ML
TIGECYCLINE INJ 50MG	TIGECYCLINE FOR IV SOLN 50 MG
TIVDAK INJ 40MG	TISOTUMAB VEDOTIN-TFTV FOR IV SOLUTION 40 MG
TOBRA/NACL INJ 60/0.9	TOBRAMYCIN SULFATE INJ 1.2 MG/ML IN SALINE
TOBRAMYCIN INJ 1.2GM	TOBRAMYCIN SULFATE FOR INJ 1.2 GM
TOBRAMYCIN INJ 10MG/ML	TOBRAMYCIN SULFATE INJ 10 MG/ML (BASE EQUIVALENT)
TOPOSAR INJ 1GM/50ML	ETOPOSIDE INJ 1 GM/50ML (20 MG/ML)
TOPOTECAN INJ 4MG	TOPOTECAN HCL FOR INJ 4 MG (BASE EQUIV)
TOPOTECAN INJ 4MG/4ML	TOPOTECAN HCL INJ 4 MG/4ML (BASE EQUIV) (FOR INFUSION)
TORISEL INJ 25MG/ML	TEMSIROLIMUS SOLN FOR IV INFUSION 25 MG/ML
TOTECT INJ 500MG	DEXRAZOXANE HCL FOR INJ 500 MG (BASE EQUIVALENT)
TRANEX ACID INJ 1000MG	TRANEXAMIC ACID IV SOLN 1000 MG/10ML (100 MG/ML)
TRAZIMERA INJ 150MG	TRASTUZUMAB-QYYP FOR IV SOLN 150 MG
TRAZIMERA INJ 420MG	TRASTUZUMAB-QYYP FOR IV SOLN 420 MG
TREANDA INJ 100MG	BENDAMUSTINE HCL FOR IV SOLN 100 MG
TREANDA INJ 25MG	BENDAMUSTINE HCL FOR IV SOLN 25 MG
TRELSTAR MIX INJ 11.25MG	TRIPTORELIN PAMOATE FOR IM SUSP 11.25 MG

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nombre del medicamento	Nombre genérico
TRELSTAR MIX INJ 22.5MG	TRIPTORELIN PAMOATE FOR IM SUSP 22.5 MG	UPTRAVI INJ 1800MCG	SELEXIPAG FOR IV SOLN 1800 MCG
TRELSTAR MIX INJ 3.75MG	TRIPTORELIN PAMOATE FOR IM SUSP 3.75 MG	UVADEX INJ 20MCG/ML	METHOXSALEN (PHOTOPHERESIS) SOLN 20 MCG/ML
TREPROSTINIL INJ 10MG/ML	TREPROSTINIL INJ SOLN 200 MG/20ML (10 MG/ML)	VABOMERE INJ 2GM(1-1)	MEROPENEM-VABORBACTAM FOR IV SOLN 2 GM (1-1 GM)
TREPROSTINIL INJ 1MG/ML	TREPROSTINIL INJ SOLN 20 MG/20ML (1 MG/ML)	VALPROATE INJ 100MG/ML	VALPROATE SODIUM INJ 100 MG/ML
TREPROSTINIL INJ 2.5MG/ML	TREPROSTINIL INJ SOLN 50 MG/20ML (2.5 MG/ML)	VANCOMYCIN INJ 1 GM	VANCOMYCIN HCL FOR IV SOLN 1 GM (BASE EQUIVALENT)
TREPROSTINIL INJ 5MG/ML	TREPROSTINIL INJ SOLN 100 MG/20ML (5 MG/ML)	VANCOMYCIN INJ 1.25GM	VANCOMYCIN HCL IV SOLN 1250 MG/250ML (BASE EQUIVALENT)
TRIFERIC INJ AVNU	FERRIC PYROPHOSPHATE CITRATE IV SOLN 6.75 MG/4.5ML (FE EQ)	VANCOMYCIN INJ 1.5/300	VANCOMYCIN HCL IV SOLN 1500 MG/300ML (BASE EQUIVALENT)
TRIFERIC POW 272MG	FERRIC PYROPHOSPHATE CITRATE PACK 272 MG (FE EQUIV)	VANCOMYCIN INJ 10GM	VANCOMYCIN HCL FOR IV SOLN 10 GM (BASE EQUIVALENT)
TRIFERIC SOL	FERRIC PYROPHOSPHATE CITRATE SOLN 27.2 MG/5ML (FE EQUIV)	VANCOMYCIN INJ 1GM/200M	VANCOMYCIN HCL IV SOLN 1000 MG/200ML (BASE EQUIVALENT)
TRIFERIC SOL 27.2/5ML	FERRIC PYROPHOSPHATE CITRATE SOLN 27.2 MG/5ML (FE EQUIV)	VANCOMYCIN INJ 250MG	VANCOMYCIN HCL FOR IV SOLN 250 MG (BASE EQUIVALENT)
TRIMETHOBENZ INJ 100MG/ML	TRIMETHOBENZAMIDE HCL INJ 100 MG/ML	VANCOMYCIN INJ 500MG	VANCOMYCIN HCL FOR IV SOLN 500 MG (BASE EQUIVALENT)
TRIOSTAT INJ 10MCG/ML	LIOTHYRONINE SODIUM IV SOLN 10 MCG/ML	VANCOMYCIN INJ 500MG	VANCOMYCIN HCL IV SOLN 500 MG/100ML (BASE EQUIVALENT)
TRIPTODUR SUS 22.5MG	TRIPTORELIN PAMOATE FOR IM ER SUSP 22.5 MG (BASE EQUIV)	VANCOMYCIN INJ 5GM	VANCOMYCIN HCL FOR IV SOLN 5 GM (BASE EQUIVALENT)
TRISENOX INJ 12MG/6ML	ARSENIC TRIOXIDE IV SOLN 12 MG/6ML (2 MG/ML)	VANCOMYCIN INJ 750MG	VANCOMYCIN HCL FOR IV SOLN 750 MG (BASE EQUIVALENT)
TRODELVY SOL 180MG	SACITUZUMAB GOVITECAN-HZIY FOR IV SOLN 180 MG	VANCOMYCIN INJ 750MG	VANCOMYCIN HCL IV SOLN 750 MG/150ML (BASE EQUIVALENT)
TROGARZO INJ 150MG/ML	IBALIZUMAB-UIYK IV SOLN 200 MG/1.33ML (150 MG/ML)	VANCOMYCIN SOL 1.25GM	VANCOMYCIN HCL FOR IV SOLN 1.25 GM (BASE EQUIVALENT)
TRUXIMA INJ 100/10ML	RITUXIMAB-ABBS IV SOLN 100 MG/10ML (10 MG/ML)	VANCOMYCIN SOL 1.5GM	VANCOMYCIN HCL FOR IV SOLN 1.5 GM (BASE EQUIVALENT)
TRUXIMA INJ 500/50ML	RITUXIMAB-ABBS IV SOLN 500 MG/50ML (10 MG/ML)	VANCOMYCIN SOL 1.75GM	VANCOMYCIN HCL IV SOLN 1750 MG/350ML (BASE EQUIVALENT)
TYGACIL INJ 50MG	TIGECYCLINE FOR IV SOLN 50 MG	VANCOMYCIN SOL 2G/400ML	VANCOMYCIN HCL IV SOLN 2000 MG/400ML (BASE EQUIVALENT)
TYSABRI INJ 300/15ML	NATALIZUMAB FOR IV INJ CONC 300 MG/15ML	VARUBI INJ	ROLAPITANT HCL IV EMUL 166.5 MG/92.5ML (1.8 MG/ML) (BASE EQ)
ULTOMIRIS INJ 100MG/ML	RAVULIZUMAB-CWVZ IV SOLN 1100 MG/11ML (100 MG/ML)	VASOPRESSIN INJ 20UNT/ML	VASOPRESSIN IV SOLN 20 UNIT/ML (FOR IV INFUSION)
ULTOMIRIS INJ 100MG/ML	RAVULIZUMAB-CWVZ IV SOLN 300 MG/3ML (100 MG/ML)	VASOSTRICT INJ 20UNT/ML	VASOPRESSIN IV SOLN 20 UNIT/ML (FOR IV INFUSION)
ULTOMIRIS INJ 300/30ML	RAVULIZUMAB-CWVZ IV SOLN 300 MG/30ML (10 MG/ML)	VAZCULEP INJ 10MG/ML	PHENYLEPHRINE HCL IV SOLN 10 MG/ML
UNASYN INJ 1.5GM	AMPICILLIN & SULBACTAM SODIUM FOR INJ 1.5 (1-0.5) GM	VERAPAMIL INJ 10MG/4ML	VERAPAMIL HCL IV SOLN 2.5 MG/ML
UNASYN INJ 15GM	AMPICILLIN & SULBACTAM SODIUM FOR IV SOLN 15 (10-5) GM		
UNASYN INJ 3GM	AMPICILLIN & SULBACTAM SODIUM FOR INJ 3 (2-1) GM		
UNITUXIN INJ	DINUTUXIMAB IV SOLN 17.5 MG/5ML (3.5 MG/ML)		
UPLIZNA SOL 100MG	INEBILIZUMAB-CDON IV SOLN 100 MG/10ML (10 MG/ML)		



Nombre del medicamento	Nombre genérico
VERAPAMIL INJ 5MG/2ML	VERAPAMIL HCL IV SOLN 2.5 MG/ML
VFEND IV INJ 200MG	VORICONAZOLE FOR INJ 200 MG
VIBATIV INJ 750MG	TELAVANCIN HCL FOR IV SOLN 750 MG (BASE EQUIVALENT)
VILTEPSO SOL	VILTOLARSEN IV SOLN 250 MG/5ML (50 MG/ML)
VIMIZIM INJ 5MG/5ML	ELOSULFASE ALFA SOLN FOR IV INFUSION 5 MG/5ML (1 MG/ML)
VIMPAT INJ 200MG/20	LACOSAMIDE IV INJ 200 MG/20ML (10 MG/ML)
VITAMIN K1 INJ 10MG/ML	PHYTONADIONE INJ 10 MG/ML
VITAMIN K1 INJ 1MG/0.5	PHYTONADIONE INJ 1 MG/0.5ML (2 MG/ML)
VIVITROL INJ 380MG	NALTREXONE FOR IM EXTENDED RELEASE SUSP 380 MG
VORAXAZE INJ 1000UNIT	GLUCARPIDASE FOR IV INJ 1000 UNIT
VORICONAZOLE INJ 200MG	VORICONAZOLE FOR INJ 200 MG
VPRIV INJ 400UNIT	VELAGLUCERASE ALFA FOR INJ 400 UNIT
VYEPTI INJ 100MG/ML	EPTINEZUMAB-JJMR IV SOLN 100 MG/ML
VYONDYS 53 INJ 100/2ML	GOLODIRSEN IV SOLN 100 MG/2ML (50 MG/ML)
VYXEOS INJ 44-100MG	DAUNORUBICIN-CYTARABINE LIPOSOME FOR IV INJ 44-100 MG
XARACOLL IMP 100MG	BUPIVACAINE HCL IMPLANT 3 X 100 MG (300 MG DOSE)
XEMBIFY INJ 10G/50ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN)-KLHW SUBCUTANEOUS INJ 10 GM/50ML
XEMBIFY INJ 1GM/5ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN)-KLHW SUBCUTANEOUS INJ 1 GM/5ML
XEMBIFY INJ 2GM/10ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN)-KLHW SUBCUTANEOUS INJ 2 GM/10ML
XEMBIFY INJ 4GM/20ML	IMMUNE GLOBULIN (HUMAN)-KLHW SUBCUTANEOUS INJ 4 GM/20ML
XENLETA INJ 150/15ML	LEFAMULIN ACETATE IV SOLN 150 MG/15ML
XEOMIN INJ 100UNIT	INCOBOTULINUMTOXINA FOR IM INJ 100 UNIT
XEOMIN INJ 200UNIT	INCOBOTULINUMTOXINA FOR IM INJ 200 UNIT
XEOMIN INJ 50 UNIT	INCOBOTULINUMTOXINA FOR IM INJ 50 UNIT
XERAVA INJ 100MG	ERAVACYCLINE DIHYDROCHLORIDE IV FOR SOLN 100 MG (BASE EQUIV)
XERAVA INJ 50MG	ERAVACYCLINE DIHYDROCHLORIDE IV FOR SOLN 50 MG (BASE EQUIV)

Nombre del medicamento	Nombre genérico
XGEVA INJ	DENOSUMAB INJ 120 MG/1.7ML
XOLAIR SOL 150MG	OMALIZUMAB FOR INJ 150 MG
XYLO-MPF/EPI INJ 1.5%	LIDOCAINE INJ 1.5% W/ EPINEPHRINE-1:200000
XYLO-MPF/EPI INJ 1%	LIDOCAINE INJ 1% W/ EPINEPHRINE-1:200000
XYLO-MPF/EPI INJ 2%	LIDOCAINE INJ 2% W/ EPINEPHRINE-1:200000
XYLOCAINE INJ -MPF 1%	LIDOCAINE HCL LOCAL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 1%
XYLOCAINE INJ -MPF 2%	LIDOCAINE HCL LOCAL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 2%
XYLOCAINE INJ -MPF 4%	LIDOCAINE HCL LOCAL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 4%
XYLOCAINE INJ 0.5%	LIDOCAINE HCL LOCAL INJ 0.5%
XYLOCAINE INJ 1%	LIDOCAINE HCL LOCAL INJ 1%
XYLOCAINE INJ 2%	LIDOCAINE HCL LOCAL INJ 2%
XYLOCAINE INJ MPF 0.5%	LIDOCAINE HCL LOCAL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 0.5%
XYLOCAINE INJ MPF 1.5%	LIDOCAINE HCL LOCAL PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 1.5%
YERVOY INJ 200MG	IPILIMUMAB SOLN FOR IV INFUSION 200 MG/40ML (5 MG/ML)
YERVOY INJ 50MG	IPILIMUMAB SOLN FOR IV INFUSION 50 MG/10ML (5 MG/ML)
YESCARTA INJ	AXICABTAGENE CILOLEUCCEL IV SUSP 200,000,000 CELLS
YONDELIS INJ 1MG	TRABECTEDIN FOR INJ 1 MG
YUTIQ IMP 0.18MG	FLUOCINOLONE ACETONIDE INTRAVITREAL IMPLANT 0.18 MG
ZALTRAP INJ 100/4ML	ZIV-AFLIBERCEPT IV SOLN 100 MG/4ML (FOR INFUSION)
ZALTRAP INJ 200/8ML	ZIV-AFLIBERCEPT IV SOLN 200 MG/8ML (FOR INFUSION)
ZANOSAR INJ 1GM	STREPTOZOCIN FOR INJ 1 GM
ZEMAIRA INJ 1000MG	ALPHA1-PROTEINASE INHIBITOR (HUMAN) FOR IV SOLN 1000 MG
ZEMDRI INJ 500MG/10	PLAZOMICIN SULFATE IV SOLN 500 MG/10ML (50 MG/ML) (BASE EQ)
ZEMPLAR INJ 2MCG/ML	PARICALCITOL IV SOLN 2 MCG/ML
ZEMPLAR INJ 5MCG/ML	PARICALCITOL IV SOLN 5 MCG/ML
ZEPZELCA SOL 4MG	LURBINECTEDIN FOR IV SOLN 4 MG
ZERBAXA INJ 1.5GM	CEFTOLOZANE-TAZOBACTAM FOR INJ 1.5 GM (1-0.5 GM)
ZILRETTA INJ 32MG	TRIAMCINOLONE ACETONIDE INTRA-ARTICULAR INJ ER SUSP 32 MG

Nombre del medicamento	Nombre genérico
ZINC SULFATE INJ 1MG/ML	ZINC SULFATE INJ 1 MG/ML
ZINPLAVA SOL 25MG/ML	BEZLOTOXUMAB IV SOLN 1000 MG/40ML (25 MG/ML)
ZIPRASIDONE INJ 20MG	ZIPRASIDONE MESYLATE FOR INJ 20 MG (BASE EQUIVALENT)
ZIRABEV INJ 100/4ML	BEVACIZUMAB-BVZR IV SOLN 100 MG/4ML (FOR INFUSION)
ZIRABEV INJ 400/16ML	BEVACIZUMAB-BVZR IV SOLN 400 MG/16ML (FOR INFUSION)
ZITHROMAX INJ 500MG	AZITHROMYCIN IV FOR SOLN 500 MG
ZOLEDRONIC INJ 4/100ML	ZOLEDRONIC ACID IV SOLN 4 MG/100ML
ZOLEDRONIC INJ 4MG/5ML	ZOLEDRONIC ACID INJ CONC FOR IV INFUSION 4 MG/5ML
ZOLEDRONIC INJ 5/100ML	ZOLEDRONIC ACID IV SOLN 5 MG/100ML
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 1X5.5 ML & 2X8.3 ML SUSP KIT
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 1X5.5 ML & 3X8.3 ML SUSP KIT
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 1X5.5 ML & 4X8.3 ML SUSP KIT
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 1X5.5 ML & 5X8.3 ML SUSP KIT
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 1X5.5 ML & 6X8.3 ML SUSP KIT
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 1X5.5 ML & 7X8.3 ML SUSP KIT
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 1X5.5 ML & 8X8.3 ML SUSP KIT
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 2X5.5 ML & 1X8.3 ML SUSP KIT
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 2X5.5 ML & 2X8.3 ML SUSP KIT
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 2X5.5 ML & 3X8.3 ML SUSP KIT
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 2X5.5 ML & 4X8.3 ML SUSP KIT
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 2X5.5 ML & 5X8.3 ML SUSP KIT
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 2X5.5 ML & 6X8.3 ML SUSP KIT
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 2X5.5 ML & 7X8.3 ML SUSP KIT
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 2X8.3 ML SUSP KIT

Nombre del medicamento	Nombre genérico
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 3X8.3 ML SUSP KIT
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 4X8.3 ML SUSP KIT
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 5X8.3 ML SUSP KIT
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 6X8.3 ML SUSP KIT
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 7X8.3 ML SUSP KIT
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 8X8.3 ML SUSP KIT
ZOLGENSMA INJ	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI 9X8.3 ML SUSP KIT
ZOSYN INJ 36-4.5GM	PIPERACILLIN SOD-TAZOBACTAM SOD FOR INJ 40.5 GM (36-4.5 GM)
ZOSYN SOL 2-0.25GM	PIPERACILLIN SOD-TAZOBACTAM SOD IN DEX IV SOLN 2-0.25GM/50ML
ZOSYN SOL 3-0.375G	PIPERACILLIN SOD-TAZOBACTAM SOD IN DEX IV SOL 3-0.375GM/50ML
ZOSYN SOL 4-0.50GM	PIPERACILLIN SOD-TAZOBACTAM SOD IN DEX IV SOLN 4-0.5GM/100ML
ZULRESSO INJ 100/20ML	BREXANOLONE IV SOLN 100 MG/20ML (5 MG/ML)
ZYNLONTA SOL 10MG	LONCASTUXIMAB TESIRINE-LPYL FOR IV SOLN 10 MG
ZYNRELEF INJ 200-6MG	BUPIVACAINE-MELOXICAM INJECTION ER SOLN 200-6 MG/7ML
ZYNRELEF INJ 400-12MG	BUPIVACAINE-MELOXICAM INJECTION ER SOLN 400-12 MG/14ML
ZYPREXA INJ 10MG	OLANZAPINE FOR IM INJ 10 MG
ZYPREXA RELP INJ 210MG	OLANZAPINE PAMOATE FOR EXTENDED REL IM SUSP 210 MG (BASE EQ)
ZYPREXA RELP INJ 300MG	OLANZAPINE PAMOATE FOR EXTENDED REL IM SUSP 300 MG (BASE EQ)
ZYPREXA RELP INJ 405MG	OLANZAPINE PAMOATE FOR EXTENDED REL IM SUSP 405 MG (BASE EQ)
ZYVOX SOL 2MG/ML	LINEZOLID IV SOLN 200 MG/100ML (2 MG/ML)
ZYVOX SOL 2MG/ML	LINEZOLID IV SOLN 600 MG/300ML (2 MG/ML)

Índice Alfabético

ABACA/LAMIVU TAB 600-300M.....	40	ACTIMMUNE INJ 2MU/0.5.....	100	AKTEN GEL 3.5%.....	109
ABACAVIR SOL 20MG/ML.....	40	ACYCLOVIR CAP 200MG.....	40	AKYNZEO INJ.....	122
ABACAVIR TAB 300MG.....	40	ACYCLOVIR NA INJ 50MG/ML.....	122	AKYNZEO INJ 235-0.25.....	122
ABACAV/LAMIV TAB /ZIDOVUD.....	40	ACYCLOVIR NA INJ 500MG.....	122	ALA-CORT CRE 2.5%.....	81
ABECMA INJ.....	122	ACYCLOVIR NA INJ 1000MG.....	122	ALA-SCALP LOT 2%.....	81
ABELCET INJ 5MG/ML.....	122	ACYCLOVIR OIN 5%.....	40	ALBENDAZOLE TAB 200MG.....	35
ABILIFY MAIN INJ 300MG.....	122	ACYCLOVIR SUS 200/5ML.....	40	ALBUMINEX SOL 5%.....	122
ABILIFY MAIN INJ 400MG.....	122	ACYCLOVIR TAB 400MG.....	40	ALBUMINEX SOL 25%.....	122
ABIRATERONE TAB 250MG.....	31	ACYCLOVIR TAB 800MG.....	40	ALBUMIN HUM INJ 25%.....	122
ABIRATERONE TAB 500MG.....	31	ADACEL INJ.....	100	ALBUTEROL AER HFA.....	114
ACAMPRO CAL TAB 333MG.....	14	ADAGEN INJ 250/ML.....	122	ALBUTEROL NEB 0.5%.....	114
ACARBOSE TAB 25MG.....	45	ADAKVEO INJ 100/10ML.....	122	ALBUTEROL NEB 0.63MG/3.....	114
ACARBOSE TAB 50MG.....	45	ADAPALENE CRE 0.1%.....	68	ALBUTEROL NEB 0.083%.....	114
ACARBOSE TAB 100MG.....	45	ADAPALENE GEL 0.1%.....	68	ALBUTEROL NEB 1.25MG/3.....	114
ACCU-CHECK KIT GUIDE ME.....	45	ADAPALENE GEL 0.3%.....	68	ALBUTEROL SYP 2MG/5ML.....	114
ACCU-CHEK KIT GUIDE.....	45	ADAPALENE GEL PMP 0.3%.....	68	ALBUTEROL TAB 2MG.....	114
ACCU-CHEK KIT SOFTCLIX.....	45	ADEFOV DIPIV TAB 10MG.....	40	ALBUTEROL TAB 4MG.....	114
ACCU-CHEK LIQ GUIDE.....	45	ADEMPAS TAB 0.5MG.....	114	ALBUTEROL TAB 4MG ER.....	114
ACCU-CHEK LIQ SMART.....	45	ADEMPAS TAB 1.5MG.....	114	ALBUTEROL TAB 8MG ER.....	114
ACCU-CHEK SOL.....	45	ADEMPAS TAB 1MG.....	114	ALCLOMETASON CRE 0.05%.....	81
ACCU-CHEK TES AVIVA PL.....	45	ADEMPAS TAB 2.5MG.....	114	ALCLOMETASON OIN 0.05%.....	81
ACCU-CHEK TES GUIDE.....	45	ADEMPAS TAB 2MG.....	114	ALCOHOL PREP PAD.....	106
ACCU-CHEK TES SMART.....	45	ADENOSCAN INJ 3MG/ML.....	122	ALDURAZYME INJ 2.9MG/5M.....	122
AC CUTANE CAP 10MG.....	68	ADENOSINE INJ 6MG/2ML.....	122	ALECENSA CAP 150MG.....	32
AC CUTANE CAP 20MG.....	68	ADENOSINE INJ 12MG/4ML.....	122	ALENDRONATE SOL 70/75ML.....	106
AC CUTANE CAP 30MG.....	68	ADENOSINE INJ 90/30ML.....	122	ALENDRONATE TAB 10MG.....	106
AC CUTANE CAP 40MG.....	68	ADRENALIN INJ 1MG/ML.....	122	ALENDRONATE TAB 35MG.....	106
ACEBUTOLOL CAP 200MG.....	52	ADRENALIN INJ 30/30ML.....	122	ALENDRONATE TAB 70MG.....	106
ACEBUTOLOL CAP 400MG.....	52	ADRIAMYCIN INJ 10MG.....	122	ALFENTANIL INJ 1000/2ML.....	122
ACETAZOLAMID CAP 500MG ER.....	52	ADRIAMYCIN INJ 20MG.....	122	ALFENTANIL INJ 2500/5ML.....	122
ACETAZOLAMID INJ 500MG.....	122	ADRIAMYCIN INJ 50MG.....	122	ALFERON N INJ 5MU/ML.....	100
ACETAZOLAMID TAB 125MG.....	52	ADRIAMYCIN INJ 200MG.....	122	ALFUZOSIN TAB 10MG ER.....	79
ACETAZOLAMID TAB 250MG.....	52	ADRUCIL INJ 5/100ML.....	122	ALINIA SUS 100/5ML.....	35
ACETIC ACID SOL 2% OTIC.....	113	ADRUCIL INJ 500/10ML.....	122	ALIQOPA INJ 60MG.....	122
ACETYLCYST SOL 10%.....	114	ADUHELM INJ 170MG.....	122	ALKERAN INJ 50MG.....	122
ACETYLCYST SOL 20%.....	114	ADUHELM INJ 300MG.....	122	ALLOPURINOL INJ 500MG.....	122
ACITRETIN CAP 10MG.....	68	AFIRMELLE TAB 0.1-0.02.....	85	ALLOPURINOL TAB 100MG.....	30
ACITRETIN CAP 17.5MG.....	68	AFLURIA QUAD INJ 2022-23.....	100	ALLOPURINOL TAB 300MG.....	30
ACITRETIN CAP 25MG.....	68	AFTERA TAB 1.5MG.....	85	ALMOTRIP MAL TAB 6.25MG.....	30
ACTEMRA INJ 80MG/4ML.....	122	AFTERPILL TAB 1.5MG.....	85	ALMOTRIP MAL TAB 12.5MG.....	30
ACTEMRA INJ 162/0.9.....	100	AGGRASTAT INJ 3.75/15.....	122	ALMOTRIPTAN TAB 6.25MG.....	30
ACTEMRA INJ 200/10ML.....	122	A-HYDROCORT INJ 100MG.....	122	ALMOTRIPTAN TAB 12.5MG.....	30
ACTEMRA INJ 400/20ML.....	122	AIMOVIG INJ 70MG/ML.....	30	ALOCRIOL SOL 2%.....	109
ACTEMRA INJ ACTPEN.....	100	AIMOVIG INJ 140MG/ML.....	30	ALOMIDE SOL 0.1% OP.....	109
ACTHIB INJ.....	100	AK-POLY-BAC OIN OP.....	109	ALOPRIM INJ 500MG.....	122



ALOSETRON TAB 0.5MG.....	76	AMILORIDE TAB 5MG	53	AMOXICILLIN SUS 200/5ML	16
ALOSETRON TAB 1MG.....	76	AMINOCAPR AC INJ 250MG/ ML....	123	AMOXICILLIN SUS 250/5ML	16
ALOXI INJ 0.25MG/5.....	123	AMINOCAPR AC TAB 500MG	49	AMOXICILLIN SUS 250MG/5M	16
ALPRAZOLAM CON 1 MG/ML.....	43	AMINOCAPR AC TAB 1000MG	49	AMOXICILLIN SUS 400/5ML	16
ALPRAZOLAM TAB 0.5MG.....	43	AMINOCAPROIC SOL 0.25/ML.....	49	AMOXICILLIN TAB 500MG.....	16
ALPRAZOLAM TAB 0.5MG ER.....	43	AMINOPHYLLIN INJ 25MG/ML.....	123	AMOXICILLIN TAB 875MG.....	16
ALPRAZOLAM TAB 0.5MG OD	43	AMIODARONE INJ 50MG/ML	123	AMOX/K CLAV CHW 200MG.....	15
ALPRAZOLAM TAB 0.25MG.....	43	AMIODARONE INJ 900MG/18	123	AMOX/K CLAV CHW 400MG.....	15
ALPRAZOLAM TAB 0.25 ODT	43	AMIODARONE TAB 100MG.....	53	AMOX/K CLAV SUS 200/5ML	15
ALPRAZOLAM TAB 1MG	43	AMIODARONE TAB 200MG.....	53	AMOX/K CLAV SUS 250/5ML	16
ALPRAZOLAM TAB 1MG ER	43	AMIODARONE TAB 400MG.....	53	AMOX/K CLAV SUS 400/5ML	16
ALPRAZOLAM TAB 1MG ODT	43	AMITRIPTYLIN TAB 10MG.....	24	AMOX/K CLAV SUS 600/5ML	16
ALPRAZOLAM TAB 2MG.....	43	AMITRIPTYLIN TAB 25MG.....	24	AMOX/K CLAV TAB 250-125.....	16
ALPRAZOLAM TAB 2MG ER.....	43	AMITRIPTYLIN TAB 50MG.....	24	AMOX/K CLAV TAB 500-125.....	16
ALPRAZOLAM TAB 2MG ODT	43	AMITRIPTYLIN TAB 75MG.....	24	AMOX/K CLAV TAB 875-125.....	16
ALPRAZOLAM TAB 3MG ER.....	43	AMITRIPTYLIN TAB 100MG	24	AMPHETAMINE TAB 5MG	65
ALREX SUS 0.2%	110	AMITRIPTYLIN TAB 150MG.....	24	AMPHETAMINE TAB 10MG	65
ALTABAX OIN 1%.....	15	AMJEVITA INJ 10/0.2ML	100	AMPHET/DEXTR CAP 5MG ER.....	65
ALTACAINE SOL 0.5% OP	110	AMJEVITA INJ 20/0.4ML	100	AMPHET/DEXTR CAP 10MG ER.....	65
ALTAFRIN SOL 2.5% OP.....	110	AMJEVITA INJ 40/0.8ML	100	AMPHET/DEXTR CAP 15MG ER.....	65
ALTAFRIN SOL 10% OP.....	110	AMLOD/BENAZP CAP 2.5-10MG.....	53	AMPHET/DEXTR CAP 20MG ER	65
ALTAVERA TAB	85	AMLOD/BENAZP CAP 5-10MG.....	53	AMPHET/DEXTR CAP 25MG ER.....	65
ALVESCO AER 80MCG	114	AMLOD/BENAZP CAP 5-20MG.....	53	AMPHET/DEXTR CAP 30MG ER	65
ALVESCO AER 160MCG	114	AMLOD/BENAZP CAP 5-40MG	53	AMPHET/DEXTR TAB 5MG	65
ALVIMOPAN CAP 12MG.....	76	AMLOD/BENAZP CAP 10-20MG.....	53	AMPHET/DEXTR TAB 7.5MG.....	65
ALYACEN TAB 1/35.....	85	AMLOD/BENAZP CAP 10-40MG	53	AMPHET/DEXTR TAB 10MG	65
ALYACEN TAB 7/7/7	85	AMLODIPINE TAB 2.5MG.....	53	AMPHET/DEXTR TAB 12.5MG	65
ALYQ TAB 20MG	114	AMLODIPINE TAB 5MG.....	53	AMPHET/DEXTR TAB 15MG	65
AMABELZ TAB 0.5-0.1.....	85	AMLODIPINE TAB 10MG.....	53	AMPHET/DEXTR TAB 20MG	65
AMABELZ TAB 1-0.5MG	85	AMLOD/VALSAR TAB 5-160MG.....	53	AMPHET/DEXTR TAB 30MG	65
AMANTADINE CAP 100MG	36	AMLOD/VALSAR TAB 5-320MG	53	AMPHOTERICIN INJ 50MG	123
AMANTADINE SOL 50MG/5ML	36	AMLOD/VALSAR TAB 10-160MG.....	53	AMPICILLIN CAP 500MG.....	16
AMANTADINE TAB 100MG.....	36	AMLOD/VALSAR TAB 10-320MG	53	AMPICILLIN INJ 1GM	123
AMBISOME INJ 50MG.....	123	AMMONIUM LAC CRE 12%.....	68	AMPICILLIN INJ 2GM	123
AMBRISANTAN TAB 5MG.....	114	AMNESTEEM CAP 10MG.....	68	AMPICILLIN INJ 10GM	123
AMBRISANTAN TAB 10MG.....	114	AMNESTEEM CAP 20MG	68	AMPICILLIN INJ 125MG	123
AMCINONIDE CRE 0.1%.....	81	AMNESTEEM CAP 40MG	68	AMPICILLIN INJ 250MG	123
AMCINONIDE LOT 0.1%	81	AMONDYS 45 INJ 50MG/ML.....	123	AMPICILLIN INJ 500MG.....	123
AMCINONIDE OIN 0.1%.....	81	AMOXAPINE TAB 25MG	24	AMP-SULBACTA INJ 1.5GM	123
A-METHAPRED INJ 40MG	122	AMOXAPINE TAB 50MG	24	AMP-SULBACTA INJ 3GM	123
A-METHAPRED INJ 125MG	122	AMOXAPINE TAB 100MG	24	AMP-SULBACTA INJ 15GM	123
AMETHIA TAB	85	AMOXAPINE TAB 150MG	24	ANAGRELIDE CAP 0.5MG	49
AMETHYST TAB 90-20MCG	85	AMOXICILLIN CAP 250MG	16	ANAGRELIDE CAP 1MG.....	49
AMIDATE INJ 2MG/ML.....	123	AMOXICILLIN CAP 500MG.....	16	ANALPRAM-HC LOT 2.5%.....	105
AMIKACIN INJ 1GM/4ML.....	123	AMOXICILLIN CHW 125MG	16	ANASTROZOLE TAB 1MG	32
AMIKACIN INJ 500/2ML.....	123	AMOXICILLIN CHW 250MG.....	16	ANDEXXA SOL 100MG	123
AMILOR/HCTZ TAB 5-50	53	AMOXICILLIN SUS 125/5ML.....	16	ANDEXXA SOL 200MG	123



ANDRODERM DIS 2MG/24HR	85	ARISTADA INJ 882MG/3	123	ASSURE ID MIS 1ML/31G.....	106
ANDRODERM DIS 4MG/24HR	85	ARISTADA INJ 1064MG.....	123	ASTRAMORPH INJ 0.5MG/ML	123
ANGELIQ TAB 0.5-1MG	85	ARISTADA INJ INITIO	123	ASTRAMORPH INJ 1MG/2ML.....	123
ANGELIQ TAB 0.25-0.5.....	85	ARMODAFINIL TAB 50MG.....	121	ASTRAMORPH INJ 2MG/2ML.....	123
ANGIOMAX INJ 250MG	123	ARMODAFINIL TAB 150MG.....	121	ASTRAMORPH INJ 10/10ML.....	123
ANJESO INJ 30MG/ML	123	ARMODAFINIL TAB 200MG.....	121	ATABEX EC TAB 29-1MG.....	69
APAP-CAFFEIN CAP DIHYDROC	9	ARMODAFINIL TAB 250MG.....	121	ATABEX OB TAB 29-1MG	70
APAP/CODEINE SOL 120-12/5	9	ARMOUR THYRO TAB 15MG.....	95	ATAZANAVIR CAP 150MG	40
APAP/CODEINE SOL 300-30MG	9	ARMOUR THYRO TAB 30MG.....	96	ATAZANAVIR CAP 200MG.....	40
APAP/CODEINE TAB 300-15MG	9	ARMOUR THYRO TAB 60MG.....	96	ATAZANAVIR CAP 300MG.....	40
APAP/CODEINE TAB 300-30MG.....	9	ARMOUR THYRO TAB 90MG.....	96	ATENOL/CHLOR TAB 50-25MG.....	53
APAP/CODEINE TAB 300-60MG.....	9	ARMOUR THYRO TAB 120MG.....	95	ATENOL/CHLOR TAB 100-25MG.....	53
APEXICON E CRE 0.05%.....	81	ARMOUR THYRO TAB 180MG.....	95	ATENOLOL TAB 25MG	53
APOMORPHINE INJ 30MG/3ML.....	36	ARMOUR THYRO TAB 240MG.....	95	ATENOLOL TAB 50MG	53
APRACLONIDIN SOL 0.5% OP	110	ARMOUR THYRO TAB 300MG	95	ATENOLOL TAB 100MG.....	53
APREPITANT CAP 40MG	27	ARNUITY ELPT INH 50MCG.....	114	ATGAM INJ 250MG.....	123
APREPITANT CAP 80MG	27	ARNUITY ELPT INH 100MCG.....	114	ATIVAN INJ 2MG/ML	123
APREPITANT CAP 125MG	27	ARNUITY ELPT INH 200MCG.....	114	ATIVAN INJ 4MG/ML	123
APREPITANT PAK 80 & 125	27	ARSENIC TRIO INJ 12MG/6ML.....	123	ATORVASTATIN TAB 10MG	53
APRI TAB.....	85	ARTESUNATE SOL 110MG	123	ATORVASTATIN TAB 20MG	53
APTIOM TAB 200MG	20	ARTISS SOL 2ML.....	106	ATORVASTATIN TAB 40MG	53
APTIOM TAB 400MG.....	20	ARTISS SOL 4ML	106	ATORVASTATIN TAB 80MG	53
APTIOM TAB 600MG	20	ARTISS SOL 10ML.....	106	ATOVAQ/PROGU TAB 62.5-25	35
APTIOM TAB 800MG.....	20	ARZERRA CON 100/5ML.....	123	ATOVAQ/PROGU TAB 250-100	35
APTIVUS CAP 250MG	40	ASA/DIPYRIDA CAP 25-200MG	50	ATOVAQUONE SUS 750/5ML.....	35
APTIVUS SOL	40	ASA/OMEPRAZO TAB 81-40MG.....	50	ATRACURIUM INJ 50MG/5ML.....	123
ARALAST NP INJ 1000MG	123	ASCENIV INJ 10%	123	ATROPINE SUL INJ 0.1MG/ML.....	123
ARANELLE TAB.....	85	ASCOMP/COD CAP 30MG	9	ATROPINE SUL INJ 0.4MG/ML	123
ARANESP INJ 10MCG.....	50	ASCORBIC ACD INJ 500MG/ ML ...	123	ATROPINE SUL INJ 0.05MG/1	123
ARANESP INJ 25MCG.....	50	ASCOR SOL 25000MG	123	ATROPINE SUL INJ 1MG/ML	123
ARANESP INJ 40MCG.....	50	ASENAFINE SUB 2.5MG.....	37	ATROPINE SUL INJ 8MG/20ML.....	123
ARANESP INJ 60MCG	50	ASENAFINE SUB 5MG	37	ATROPINE SUL SOL 1%.....	110
ARANESP INJ 100MCG	50	ASENAFINE SUB 10MG.....	37	ATROPINE SUL SOL 1% OP	110
ARANESP INJ 150MCG.....	50	ASHLYNA TAB	86	ATROVENT HFA AER 17MCG.....	115
ARANESP INJ 200MCG	50	ASMANEX 7 AER 110MCG	115	ATRYN INJ 1750	123
ARANESP INJ 300MCG	50	ASMANEX 14 AER 220MCG.....	114	AUBRA EQ TAB 0.1-0.02.....	86
ARANESP INJ 500MCG	50	ASMANEX 30 AER 110MCG	115	AUBRA TAB 0.1-0.02.....	86
ARFORMOTEROL NEB 15/2ML.....	114	ASMANEX 30 AER 220MCG.....	115	AUROVELA 24 TAB FE 1/20.....	86
ARIPIPRAZOLE SOL 1MG/ML	37	ASMANEX 60 AER 220MCG.....	115	AUROVELA FE TAB 1.5/30.....	86
ARIPIPRAZOLE TAB 2MG.....	37	ASMANEX 120 AER 220MCG.....	114	AUROVELA FE TAB 1/20.....	86
ARIPIPRAZOLE TAB 5MG.....	37	ASMANEX HFA AER 50MCG.....	115	AUROVELA TAB 1.5/30	86
ARIPIPRAZOLE TAB 10MG.....	37	ASMANEX HFA AER 100 MCG.....	115	AUROVELA TAB 1/20	86
ARIPIPRAZOLE TAB 15MG.....	37	ASMANEX HFA AER 200 MCG.....	115	AURYXIA TAB 210MG.....	70
ARIPIPRAZOLE TAB 20MG	37	ASPARLAS INJ 3750/5ML.....	123	AUSTEDO TAB 6MG	65
ARIPIPRAZOLE TAB 30MG	37	ASPIRIN LOW CHW 81MG.....	9	AUSTEDO TAB 9MG	65
ARISTADA INJ 441MG/1.....	123	ASPIRIN LOW TAB 81MG EC.....	9	AUSTEDO TAB 12MG	65
ARISTADA INJ 662MG/2	123	ASP/OMEPRAZO TAB 325-40MG.....	50	AUTOPEN MIS 1-21UNIT	45



AVASTIN INJ	124	BARHEMSYS INJ 10MG/4ML.....	124	BETAMETH VAL CRE 0.1%	81
AVEED INJ 750/3ML	124	BASAGLAR INJ 100UNIT	46	BETAMETH VAL LOT 0.1%.....	81
AVELOX INJ	124	BAVENCIO INJ 20MG/ML.....	124	BETAMETH VAL OIN 0.1%.....	81
AVIANE TAB.....	86	BAXDELA INJ 300MG	124	BETA-PHOS/AC INJ 3-3MG/ML	124
AVIDOXY TAB 100MG	16	BAXDELA TAB 450MG	16	BETASERON INJ 0.3MG.....	66
AVONEX PEN KIT 30MCG.....	66	BD GLUCOSE CHW 5GM	106	BETAXOLOL SOL 0.5% OP	110
AVONEX PREFL KIT 30MCG	66	BELEODAQ INJ 500MG.....	124	BETAXOLOL TAB 10MG.....	54
AVSOLA INJ 100MG	124	BELRAPZO SOL 100/4ML.....	124	BETAXOLOL TAB 20MG.....	54
AVYCAZ INJ 2-0.5GM	124	BELSOMRA TAB 5MG.....	121	BETHANECHOL TAB 5MG	79
AYUNA TAB.....	86	BELSOMRA TAB 10MG.....	121	BETHANECHOL TAB 10MG	79
AZACTAM INJ 1GM	124	BELSOMRA TAB 15MG.....	121	BETHANECHOL TAB 25MG	79
AZACTAM INJ 2GM	124	BELSOMRA TAB 20MG.....	121	BETHANECHOL TAB 50MG	79
AZASITE SOL 1%.....	110	BENAZEP/HCTZ TAB 5-6.25	53	BETIMOL SOL 0.5%.....	110
AZATHIOPRINE INJ 100MG	124	BENAZEP/HCTZ TAB 5-6.25MG	54	BETIMOL SOL 0.25%.....	110
AZATHIOPRINE TAB 50MG	100	BENAZEP/HCTZ TAB 10-12.5	53	BETOPTIC-S SUS 0.25% OP.....	110
AZEDRA DOSIM INJ 15MCI/ML.....	124	BENAZEP/HCTZ TAB 20-12.5.....	53	BEVESPI AER 9-4.8MCG	115
AZEDRA THERA INJ 15MCI/ML	124	BENAZEP/HCTZ TAB 20-25MG	53	BEXAROTENE CAP 75MG.....	32
AZELAIC ACID GEL 15%.....	68	BENAZEPRIL TAB 5MG.....	54	BEXAROTENE GEL 1%	32
AZELASTINE DRO 0.05%.....	110	BENAZEPRIL TAB 10MG	54	BEXSERO INJ	100
AZELASTINE SPR 0.1%.....	115	BENAZEPRIL TAB 20MG	54	BICALUTAMIDE TAB 50MG	32
AZEL/FLUTIC SPR 137-50	115	BENAZEPRIL TAB 40MG	54	BICILLIN C-R INJ 900/300	124
AZITHROMYCIN INJ 500MG	124	BENDAMUSTINE SOL 100/4ML.....	124	BICILLIN C-R INJ 1200000	124
AZITHROMYCIN POW 1GM PAK	16	BENDEKA INJ 100/4ML	124	BICILLIN L-A INJ 600000.....	124
AZITHROMYCIN SUS 100/5ML.....	16	BENLYSTA INJ 120MG	124	BICILLIN L-A INJ 1200000.....	124
AZITHROMYCIN SUS 200/5ML	16	BENLYSTA INJ 400MG	124	BICILLIN L-A INJ 2400000.....	124
AZITHROMYCIN TAB 250MG.....	16	BENTYL INJ 10MG/ML	124	BIKTARVY TAB.....	40
AZITHROMYCIN TAB 500MG.....	16	BENZNIDAZOLE TAB 12.5MG.....	35	BIORPHEN INJ	124
AZITHROMYCIN TAB 600MG.....	16	BENZNIDAZOLE TAB 100MG.....	35	BISACODYL TAB 5MG EC	76
AZTREONAM INJ 1GM.....	124	BENZONATATE CAP 100MG	115	BISOPRL/HCTZ TAB 2.5/6.25	54
AZTREONAM INJ 2GM	124	BENZONATATE CAP 200MG	115	BISOPRL/HCTZ TAB 5-6.25MG	54
AZURETTE TAB	86	BENZTROPINE INJ 1MG/ML.....	124	BISOPRL/HCTZ TAB 10/6.25	54
AZURETTE TAB 28 DAY	86	BENZTROPINE TAB 0.5MG	36	BISOPROL FUM TAB 5MG.....	54
BACIIM INJ 50000UNT	124	BENZTROPINE TAB 1MG	36	BISOPROL FUM TAB 10MG	54
BACIT/POLYMY OIN OP.....	110	BENZTROPINE TAB 2MG	36	BIVALIR/NACL INJ 500/100	124
BACITRACIN INJ 50000UNT	124	BEOVU INJ 6/0.05ML	124	BIVALIRUDIN INJ 250MG.....	124
BACITRACIN OIN OP.....	110	BEPOTASTINE DRO 1.5%	110	BIVALIRUDIN SOL RTU.....	124
BACLOFEN INJ 40MG/20	124	BEPOTASTINE DRO 1.5% OP.....	110	BIVIGAM INJ 10%.....	124
BACLOFEN TAB 5MG.....	120	BESIVANCE SUS 0.6%	110	BLNREP INJ 100MG.....	124
BACLOFEN TAB 10MG.....	120	BESPONSA INJ 0.9MG.....	124	BLEPHAMIDE OIN S.O.P	110
BACLOFEN TAB 20MG.....	120	BETADINE SOL 5% OP.....	110	BLEPHAMIDE SUS OP	110
BALCOLTRA TAB 0.1-20.....	86	BETA DIPROP CRE 0.05%	81	BLINCYTO INJ 35MCG.....	124
BALSALAZIDE CAP 750MG	105	BETA DIPROP GEL 0.05%.....	81	BLISOVI 24 TAB FE 1/20	86
BALZIVA TAB.....	86	BETA DIPROP LOT 0.05%.....	81	BLISOVI FE TAB 1.5/30	86
BAQSIMI ONE POW 3MG/DOSE	45	BETA DIPROP OIN 0.05%	81	BLISOVI FE TAB 1/20.....	86
BAQSIMI TWO POW 3MG/DOSE.....	46	BETAMETH DIP CRE 0.05%.....	81	BOOSTRIX INJ.....	100
BARACLUDGE SOL.....	40	BETAMETH DIP LOT 0.05%	81	BOSENTAN TAB 62.5MG	115
BARHEMSYS INJ 5MG/2ML.....	124	BETAMETH DIP OIN 0.05%.....	81	BOSENTAN TAB 125MG	115

BOSULIF TAB 100MG.....	32	BUPREN/NALOX MIS 12-3MG	14	CALCITRIOL INJ 1MCG/ML.....	125
BOSULIF TAB 400MG	32	BUPREN/NALOX SUB 2-0.5MG	14	CALCITRIOL OIN 3MCG/GM.....	68
BOSULIF TAB 500MG	32	BUPREN/NALOX SUB 8-2MG	14	CALCITRIOL SOL 1MCG/ML.....	106
BOTOX INJ 100UNIT.....	124	BUPRENORPHIN INJ 0.3MG/ ML....	125	CALDOLOR INJ 4MG/ML.....	125
BOTOX INJ 200UNIT.....	124	BUPRENORPHIN SUB 2MG	14	CAL GLU/NAACL INJ 1/100ML.....	125
BPM-PSE-DM SYP 2-30-10.....	115	BUPRENORPHIN SUB 8MG	14	CAL GLU/NAACL INJ 1GM/50ML	125
BREO ELLIPTA INH 100-25.....	115	BUPROPION TAB 75MG	24	CAL GLU/NAACL INJ 2/100ML	125
BREO ELLIPTA INH 200-25.....	115	BUPROPION TAB 100MG	24	CAMILA TAB 0.35MG	86
BREYANZI INJ	124	BUPROPION TAB 100MG SR	24	CAMPTOSAR INJ 40MG/2ML	125
BRIDION INJ 200/2ML	124	BUPROPION TAB 150MG SR	14, 24	CAMRESE LO TAB.....	86
BRIDION INJ 500/5ML	124	BUPROPION TAB 200MG SR.....	24	CAMRESE TAB.....	86
BRIELLYN TAB	86	BUPROPN HCL TAB 150MG XL.....	24	CANCIDAS INJ 50MG.....	125
BRILINTA TAB 60MG.....	50	BUPROPN HCL TAB 300MG XL.....	24	CANCIDAS INJ 70MG.....	125
BRILINTA TAB 90MG.....	50	BUSPIRONE TAB 5MG.....	43	CANDESA/HCTZ TAB 16-12.5	54
BRIMONIDINE SOL 0.2% OP	110	BUSPIRONE TAB 7.5MG	43	CANDESA/HCTZ TAB 32-12.5	54
BRIMONIDINE SOL 0.15%.....	110	BUSPIRONE TAB 10MG.....	43	CANDESA/HCTZ TAB 32-25MG.....	54
BRIMO/TIMOLO SOL 0.2/0.5%.....	110	BUSPIRONE TAB 15MG.....	43	CANDESARTAN TAB 4MG.....	54
BRINEURA KIT 150/5ML.....	124	BUSPIRONE TAB 30MG.....	43	CANDESARTAN TAB 8MG.....	54
BRINZOLAMIDE SUS 1%	110	BUSULFAN INJ 6MG/ML	125	CANDESARTAN TAB 16MG.....	54
BRIVIACT INJ 50MG/5ML.....	124	BUSULFEX INJ 6MG/ML.....	125	CANDESARTAN TAB 32MG.....	54
BROMFENAC SOL 0.09% OP	110	BUTAL/APAP TAB 50-325MG.....	9	CAPECITABINE TAB 150MG.....	32
BROMOCRIPTIN CAP 5MG	36	BUTALB/ACETA TAB 50-300MG.....	9	CAPECITABINE TAB 500MG	32
BROMOCRIPTIN TAB 2.5MG	36	BUT/APAP/CAF TAB	9	CAPEX SHA 0.01%.....	81
BROM/PSE/DM SYP	115	BUT/ASA/CAF/ CAP CODEINE	9	CAPRELSA TAB 100MG.....	32
BROM/PSE/DM SYP 2-30-10.....	115	BUT/ASA/CAFF CAP	9	CAPRELSA TAB 300MG.....	32
BROM/PSE/DM SYP 2/30/10.....	115	BUTORPHANOL INJ 1MG/ML.....	125	CAPTOPR/HCTZ TAB 25-15MG	54
BUDES/FORMOT AER 80-4.5	115	BUTORPHANOL INJ 2MG/ML	125	CAPTOPR/HCTZ TAB 25-25MG.....	54
BUDES/FORMOT AER 160-4.5	115	BUTORPHANOL SOL 10MG/ML.....	9	CAPTOPR/HCTZ TAB 50-15MG	54
BUDESONIDE AER 2MG/ACT	105	BYDUREON BC INJ 2/0.85ML.....	46	CAPTOPR/HCTZ TAB 50-25MG.....	54
BUDESONIDE CAP 3MG DR	105	BYDUREON INJ.....	125	CAPTOPRIL TAB 12.5MG.....	54
BUDESONIDE SUS 0.5MG/2	115	BYFAVO INJ 20MG.....	125	CAPTOPRIL TAB 25MG.....	54
BUDESONIDE SUS 0.25MG/2.....	115	CABENUVA SUS 400-600.....	125	CAPTOPRIL TAB 50MG.....	54
BUDESONIDE SUS 1MG/2ML.....	115	CABENUVA SUS 600-900.....	125	CAPTOPRIL TAB 100MG	54
BUMETANIDE INJ 0.25/ML.....	124	CABERGOLINE TAB 0.5MG.....	84	CARBAMAZEPIN CAP 100MG ER	20
BUMETANIDE TAB 0.5MG	54	CAFFEINE CIT SOL 20MG/ML	66	CARBAMAZEPIN CAP 200MG ER.....	20
BUMETANIDE TAB 1MG.....	54	CAFFEINE CIT SOL 60MG/3ML.....	66	CARBAMAZEPIN CAP 300MG ER.....	20
BUMETANIDE TAB 2MG	54	CALC ACETATE CAP 667MG.....	70	CARBAMAZEPIN CHW 100MG.....	20
BUPIVACAINE INJ 0.5%.....	124	CALC ACETATE TAB 667MG	70	CARBAMAZEPIN SUS 100/5ML	20
BUPIVACAINE INJ 0.25%	124	CALCIP/BETAM SUS	68	CARBAMAZEPIN TAB 100MGER.....	20
BUPIVACAINE INJ 0.75%.....	125	CALCIPOTRIEN CRE 0.005%	68	CARBAMAZEPIN TAB 200MG	20
BUPIVACAINE INJ 5MG/ML	125	CALCIPOTRIEN OIN 0.005%.....	68	CARBAMAZEPIN TAB 200MG ER	20
BUPIVACAINE/ INJ EPI 0.5%	125	CALCIPOTRIEN OIN BETAMETH.....	68	CARBAMAZEPIN TAB 400MG ER	20
BUPIVACAINE/ INJ EPI 0.25	125	CALCIPOTRIEN SOL 0.005%.....	68	CARBIDOPA TAB 25MG.....	37
BUPRENEX INJ 0.3MG/ML.....	125	CALCITONIN INJ 200/ML	106	CARBINOXAMIN SOL 4MG/5ML	115
BUPREN/NALOX MIS 2-0.5MG	14	CALCITONIN SPR 200/ACT	106	CARBINOXAMIN TAB 4MG.....	116
BUPREN/NALOX MIS 4-1MG.....	14	CALCITRIOL CAP 0.5MCG	106	CARB/LEVO 50 TAB /ENTACAP	36
BUPREN/NALOX MIS 8-2MG	14	CALCITRIOL CAP 0.25MCG	106	CARB/LEVO 75 TAB /ENTACAP	36

CARB/LEVO100 TAB /ENTACAP	36	CEFAZOLIN SOL	125	CELECOXIB CAP 400MG	9
CARB/LEVO125 TAB /ENTACAP	36	CEFDINIR CAP 300MG	16	CELLCEPT IV INJ 500MG	126
CARB/LEVO150 TAB /ENTACAP	36	CEFDINIR SUS 125/5ML	16	CELONTIN CAP 300MG	20
CARB/LEVO200 TAB /ENTACAP	37	CEFDINIR SUS 250/5ML	17	CEPHALEXIN CAP 250MG	17
CARB/LEVO ER TAB 25-100MG	36	CEFEPIME INJ 1GM	125	CEPHALEXIN CAP 500MG	17
CARB/LEVO ER TAB 50-200MG	36	CEFEPIME INJ 2GM	125	CEPHALEXIN CAP 750MG	17
CARB/LEVO TAB 10-100MG	36	CEFEPIME SOL 100GM	125	CEPHALEXIN SUS 125/5ML	17
CARB/LEVO TAB 25-100MG	36	CEFIXIME CAP 400MG	17	CEPHALEXIN SUS 250/5ML	17
CARB/LEVO TAB 25-250MG	36	CEFIXIME SUS 100/5ML	17	CEREBYX INJ 100/2ML	126
CARBOCAINE INJ 1% PF	125	CEFIXIME SUS 200/5ML	17	CEREBYX INJ 500/10ML	126
CARBOCAINE INJ 2% PF	125	CEFOTAN INJ 1GM/10ML	125	CEREZYME INJ 400UNIT	126
CARBOPLATIN INJ 600/60ML	125	CEFOTAN INJ 2GM	125	CETRORELIX INJ 0.25MG	99
CARDENE I.V. INJ 2.5MG/ML	125	CEFOTAXIME INJ 1GM	125	CEVIMELINE CAP 30MG	67
CARDENE IV INJ 40/200ML	125	CEFOTAXIME INJ 2GM	125	CHARLOTTE 24 CHW FE 1/20	86
CARDENE IV SOL 20/200ML	125	CEFOTAXIME INJ 10GM	125	CHATEAL EQ TAB 0.15/30	86
CARDURA XL TAB 4MG	79	CEFOTAXIME INJ 500MG	125	CHATEAL TAB 0.15/30	86
CARDURA XL TAB 8MG	79	CEFOTETAN INJ 1GM/10ML	125	CHEMET CAP 100MG	70
CARGLUMIC TAB 200MG	70	CEFOTETAN INJ 2GM/20ML	125	CHEMSTRIP K TES	106
CARIMUNE NF INJ 6GM	125	CEFOTETAN INJ 10G	125	CHEMSTRIP TES MICRAL	106
CARIMUNE NF INJ 12GM	125	CEFOXITIN INJ 1GM	125	CHLORAMPHEN INJ 1GM	126
CARISOPRODOL TAB 350MG	120	CEFOXITIN INJ 2GM	125	CHLORDIAZEP CAP 5MG	43
CARISOPRODOL TAB ASA/COD	9	CEFOXITIN INJ 10GM	125	CHLORDIAZEP CAP 10MG	43
CARTEOLOL SOL 1% OP	110	CEFOXITIN INJ 100GM	125	CHLORDIAZEP CAP 25MG	43
CARTIA XT CAP 120/24HR	54	CEFOXITIN INJ 100GM	125	CHLORHEX GLU SOL 0.12%	67
CARTIA XT CAP 180/24HR	54	CEFOODO PROX SUS 50MG/5ML	17	CHLOROPROCAI INJ 2%- 400MG	126
CARTIA XT CAP 240/24HR	54	CEFOODO PROX SUS 100/5ML	17	CHLOROQUINE TAB 250MG	35
CARTIA XT CAP 300/24HR	55	CEFOODOXIME TAB 100MG	17	CHLOROQUINE TAB 500MG	35
CARVEDILOL TAB 3.125MG	55	CEFOODOXIME TAB 200MG	17	CHLOROTHIAZ INJ 500MG	126
CARVEDILOL TAB 6.25MG	55	CEFOODOXIME TAB 200MG	17	CHLORPROMAZ INJ 25MG/ML	126
CARVEDILOL TAB 12.5MG	55	CEFOODOXIME TAB 200MG	17	CHLORPROMAZ INJ 50MG/2ML	126
CARVEDILOL TAB 25MG	55	CEFOODOXIME TAB 200MG	17	CHLORPROMAZ TAB 10MG	38
CASPOFUNGIN INJ 50MG	125	CEFOODOXIME TAB 200MG	17	CHLORPROMAZ TAB 25MG	38
CASPOFUNGIN INJ 70MG	125	CEFTAZIDIME INJ 6GM	125	CHLORPROMAZ TAB 50MG	38
CAYA DPR	106	CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	125	CHLORPROMAZ TAB 100MG	38
CAZIANP PAK	86	CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	125	CHLORPROMAZ TAB 200MG	38
CDP/AMITRIP TAB 5-12.5MG	24	CEFTRIAZONE INJ 1GM	125	CHLORPROMAZ TAB 200MG	38
CDP/AMITRIP TAB 10-25MG	24	CEFTRIAZONE INJ 2GM	126	CHLORTHALID TAB 25MG	55
CEFACLOR CAP 250MG	16	CEFTRIAZONE INJ 10GM	125	CHLORTHALID TAB 50MG	55
CEFACLOR CAP 500MG	16	CEFTRIAZONE INJ 250MG	126	CHLORZOXAZON TAB 500MG	120
CEFACLOR ER TAB 500MG	16	CEFTRIAZONE INJ 500MG	126	CHOLESTYRAM POW 4GM	55
CEFADROXIL CAP 500MG	16	CEFUROXIME INJ 1.5GM	126	CHOLESTYRAM POW 4GM LITE	55
CEFADROXIL SUS 250/5ML	16	CEFUROXIME INJ 7.5GM	126	CICLODAN SOL 8%	28
CEFADROXIL SUS 500/5ML	16	CEFUROXIME INJ 750MG	126	CICLOPIROX CRE 0.77%	28
CEFADROXIL TAB 1GM	16	CEFUROXIME TAB 250MG	17	CICLOPIROX GEL 0.77%	28
CEFAZOLIN INJ 1GM	125	CEFUROXIME TAB 500MG	17	CICLOPIROX SHA 1%	28
CEFAZOLIN INJ 300GM	125	CELECOXIB CAP 50MG	9	CICLOPIROX SOL 8%	28
CEFAZOLIN INJ 500MG	125	CELECOXIB CAP 100MG	9	CICLOPIROX SUS 0.77%	28
		CELECOXIB CAP 200MG	9	CIDOFIVIR INJ 75MG/ML	126

CILOSTAZOL TAB 50MG.....	50	CLAFORAN INJ 1GM.....	126	CLOBETASOL SOL 0.05%.....	81
CILOSTAZOL TAB 100MG	50	CLAFORAN INJ 2GM.....	126	CLOCORTOLONE CRE 0.1%	81
CILOXAN OIN 0.3% OP	110	CLAFORAN INJ 10GM.....	126	CLOMID TAB 50MG.....	84
CIMETIDINE SOL 300/5ML.....	76	CLARAVIS CAP 10MG.....	68	CLOMIPHENE TAB 50MG.....	84
CIMETIDINE SOL 400MG	76	CLARAVIS CAP 20MG.....	68	CLOMIPRAMINE CAP 25MG.....	25
CIMETIDINE TAB 200MG.....	76	CLARAVIS CAP 30MG.....	68	CLOMIPRAMINE CAP 50MG.....	25
CIMETIDINE TAB 300MG.....	76	CLARAVIS CAP 40MG.....	68	CLOMIPRAMINE CAP 75MG.....	25
CIMETIDINE TAB 400MG.....	77	CLARITHROMYC SUS 125/5ML	17	CLONAZEPAM TAB 0.5MG.....	44
CIMETIDINE TAB 800MG.....	77	CLARITHROMYC SUS 250/5ML	17	CLONAZEPAM TAB 1MG.....	44
CIMZIA KIT 200MG.....	100	CLARITHROMYC TAB 250MG	17	CLONAZEPAM TAB 2MG.....	44
CIMZIA PREFL KIT 200MG/ML	100	CLARITHROMYC TAB 500MG	17	CLONAZEP ODT TAB 0.5MG.....	44
CIMZIA START KIT 200MG/ML.....	100	CLARITHROMYC TAB 500MG ER	17	CLONAZEP ODT TAB 0.25MG	44
CINACALCET TAB 30MG.....	106	CLEARLAX POW.....	77	CLONAZEP ODT TAB 0.125MG.....	43
CINACALCET TAB 60MG.....	106	CLEMASTINE TAB 2.68MG.....	116	CLONAZEP ODT TAB 1MG.....	44
CINACALCET TAB 90MG.....	106	CLENPIQ SOL.....	77	CLONAZEP ODT TAB 2MG.....	44
CINQAIR INJ.....	126	CLEOCIN/D5W INJ 300MG	126	CLONIDINE DIS 0.1/24HR	55
CINVANTI INJ 130/18ML	126	CLEOCIN/D5W INJ 600MG	126	CLONIDINE DIS 0.2/24HR	55
CIPRO/DEXA SUS 0.3-0.1%.....	113	CLEOCIN/D5W INJ 900MG	126	CLONIDINE DIS 0.3/24HR.....	55
CIPROFLOXACN INJ 200MG.....	126	CLEOCIN PHOS INJ 9GM/60ML.....	126	CLONIDINE TAB 0.1MG.....	55
CIPROFLOXACN INJ 400MG.....	126	CLEOCIN PHOS INJ 300/2ML.....	126	CLONIDINE TAB 0.1MG ER.....	66
CIPROFLOXACN SOL 0.2%	113	CLEOCIN PHOS INJ 600/4ML.....	126	CLONIDINE TAB 0.2MG	55
CIPROFLOXACN SOL 0.3% OP.....	110	CLEOCIN PHOS INJ 900/6ML.....	126	CLONIDINE TAB 0.3MG	55
CIPROFLOXACN SUS 250/5ML.....	17	CLIMARA PRO DIS WEEKLY	86	CLOPIDOGREL TAB 75MG.....	50
CIPROFLOXACN TAB 100MG	17	CLINDAMY/BEN GEL 1.2-5%.....	68	CLOPIDOGREL TAB 300MG	50
CIPROFLOXACN TAB 250MG	17	CLINDAMYCIN CAP 75MG	17	CLORAZ DIPOT TAB 3.75MG	44
CIPROFLOXACN TAB 500MG	17	CLINDAMYCIN CAP 150MG	17	CLORAZ DIPOT TAB 7.5MG	44
CIPROFLOXACN TAB 750MG	17	CLINDAMYCIN CAP 300MG.....	17	CLORAZ DIPOT TAB 15MG.....	44
CIPRO/FLUOC DRO PF.....	113	CLINDAMYCIN CRE 2% VAG.....	17	CLOROTEKAL INJ 50MG/5ML.....	126
CIPRO I . V . INJ 400MG	126	CLINDAMYCIN INJ 9GM/60ML.....	126	CLOTRIMAZOLE TRO 10MG.....	28
CISATRACURIU INJ 10MG/5ML	126	CLINDAMYCIN INJ 300/2ML	126	CLOTRIM/BETA CRE DIPROP	28
CISPLATIN INJ 50MG	126	CLINDAMYCIN INJ 300MG.....	126	CLOTRIM/BETA LOT DIPROP.....	28
CITALOPRAM SOL 10MG/5ML.....	24	CLINDAMYCIN INJ 600/4ML	126	CLOVIQUE CAP 250MG.....	70
CITALOPRAM TAB 10MG	24	CLINDAMYCIN INJ 900/6ML	126	CLOZAPINE TAB 12.5/ODT.....	38
CITALOPRAM TAB 20MG	25	CLINDAMYCIN LOT 1%	68	CLOZAPINE TAB 25MG.....	38
CITALOPRAM TAB 40MG	25	CLINDAMYCIN LOT 10MG/ML.....	68	CLOZAPINE TAB 25MG ODT.....	38
CITRANATAL CAP HARMONY	70	CLINDAMYCIN MIS 1%.....	68	CLOZAPINE TAB 50MG	38
CITRANATAL CAP MEDLEY	69	CLINDAMYCIN SOL 1%.....	68	CLOZAPINE TAB 100MG	38
CITRANATAL MIS.....	70	CLINDAMYCIN SOL 75MG/5ML	17	CLOZAPINE TAB 100/ODT	38
CITRANATAL MIS 90 DHA	70	CLINDAMY/D5W INJ 600/50ML.....	126	CLOZAPINE TAB 150/ODT	38
CITRANATAL MIS B-CALM.....	70	CLINDAMY/D5W INJ 900/50ML.....	126	CLOZAPINE TAB 200MG	38
CITRANATAL PAK ASSURE.....	70	CLOBAZAM SUS 2.5MG/ML.....	20	CLOZAPINE TAB 200/ODT	38
CITRANATAL PAK DHA.....	70	CLOBAZAM TAB 10MG	20	C-NATE DHA CAP 28-1-200	70
CITRANATAL PAK ESSENCE	70	CLOBAZAM TAB 20MG	20	CNJ-016 INJ.....	126
CITRANATAL TAB BLOOM	70	CLOBETASOL CRE 0.05%	81	COCAINE HCL SOL 40MG/ML	126
CITRANATAL TAB RX.....	70	CLOBETASOL E CRE 0.05%.....	81	CODEINE SULF TAB 15MG.....	9
CITROMA SOL LEMONY	77	CLOBETASOL GEL 0.05%.....	81	CODEINE SULF TAB 30MG	9
CLADRIBINE INJ 1MG/ML.....	126	CLOBETASOL OIN 0.05%	81	CODEINE SULF TAB 60MG	9



COGENTIN INJ 1MG/ML.....	126	CROMOLYN SOD NEB 20MG/2ML .	116	CYCLOSPORINE EMU 0.05% OP.....	111
COLCHICINE CAP 0.6MG	30	CROMOLYN SOD SOL 4% OP.....	110	CYCLOSPORINE INJ 50MG/ML.....	127
COLESEVELAM PAK 3.75GM.....	55	CROTAN LOT 10%	35	CYCLOSPORINE SOL MODIFIED	101
COLESEVELAM TAB 625MG.....	55	CRYSSELLE-28 TAB 28 TABS.....	86	CYKLOKAPRON INJ 100MG/ ML	127
COLESTIPOL GRA 5GM	55	CRYSVITA INJ 10MG/ML	126	CYPROHEPTAD SYP 2MG/5ML.....	116
COLESTIPOL TAB 1GM.....	55	CRYSVITA INJ 20MG/ML	126	CYPROHEPTAD TAB 4MG.....	116
COMBIPATCH DIS	86	CRYSVITA INJ 30MG/ML	126	CYRAMZA INJ 100/10ML.....	127
COMETRIQ KIT 60MG.....	32	CUBICIN RF SOL 500MG.....	126	CYRAMZA INJ 500/50ML	127
COMETRIQ KIT 100MG.....	32	CUTAQUIG SOL 1.65GM.....	126	CYRED EQ TAB	87
COMETRIQ KIT 140MG.....	32	CUTAQUIG SOL 1GM	126	CYRED TAB.....	87
COMFORT TOUC MIS 31GX4MM	107	CUTAQUIG SOL 2GM	126	CYSTAGON CAP 50MG.....	79
COMFORT TOUC MIS 32GX8MM....	107	CUTAQUIG SOL 3.3GM.....	126	CYSTAGON CAP 150MG.....	79
COMFORT TOUC MIS 33GX1/4”.....	107	CUTAQUIG SOL 4GM	127	CYSTARAN SOL 0.44%	111
COMFORT TOUC MIS 33GX3/16.....	107	CUTAQUIG SOL 8GM	127	CYTARABINE INJ 20MG/ML	127
COMFORT TOUC MIS 33GX5/32.....	107	CUVITRU INJ 2GM/10ML.....	127	DALFAMPRIDIN TAB 10MG ER.....	66
COMPLERA TAB	40	CUVITRU INJ 4GM/20ML.....	127	DALVANCE SOL 500MG	127
COMPLETENATE CHW	70	CUVITRU INJ 8GM/40ML.....	127	DANAZOL CAP 50MG	87
COMPLETE NAT PAK DHA	70	CUVITRU SOL 1GM/5ML.....	127	DANAZOL CAP 100MG	87
CO-NATAL FA TAB 29-1MG.....	70	CUVITRU SOL 10GM/50M.....	127	DANAZOL CAP 200MG.....	87
CONCEPT DHA CAP	70	CVS PURELAX POW.....	77	DANTROLENE CAP 25MG.....	120
CONCEPT OB CAP	70	CYANOCOBALAM INJ 1000MCG.....	70	DANTROLENE CAP 50MG.....	120
CONDOMS MIS.....	107	CYANOCOBALAM INJ 10000MCG....	70	DANTROLENE CAP 100MG.....	120
CONDOMS MIS LUBRICAT	107	CYANOCOBALAM INJ 30000MCG...70		DANYELZA INJ 40/10ML	127
CONDYLOX GEL 0.5%.....	68	CYCLAFEM TAB 1/35	87	DAPSONE TAB 25MG.....	31
CONSENSI TAB 2.5-200.....	55	CYCLAFEM TAB 7/7/7	87	DAPSONE TAB 100MG	31
CONSENSI TAB 5-200MG.....	55	CYCLOBENZAPR TAB 5MG	120	DAPTACEL INJ	101
CONSENSI TAB 10-200MG.....	55	CYCLOBENZAPR TAB 7.5MG.....	120	DAPTOMYCIN INJ 500MG.....	127
CONSTULOSE SOL 10GM/15	77	CYCLOBENZAPR TAB 10MG	120	DAPTOMYCIN SOL 350MG	127
CONTOUR LOW LIQ CONTROL	45	CYCLOMYDRIL SOL OP.....	110	DARIFENACIN TAB 7.5MG	80
CONTOUR NORM LIQ CONTROL	45	CYCLOPENTOLA SOL 0.5%	111	DARIFENACIN TAB 15MG.....	80
CORDRAN 80X3 TAP 4MCG/CM.....	82	CYCLOPENTOL SOL 1% OP.....	110	DARUNAVIR TAB 600MG.....	40
CORLANOR SOL 5MG/5ML.....	55	CYCLOPENTOL SOL 2% OP.....	110	DARUNAVIR TAB 800MG.....	40
CORLANOR TAB 5MG	55	CYCLOPHOSPHA INJ 2GM/10ML ...	127	DARZALEX SOL 100MG/5M	127
CORLANOR TAB 7.5MG	55	CYCLOPHOSPHA INJ 500MG.....	127	DARZALEX SOL 400MG/20	127
CORLOPAM INJ 10MG/ML.....	126	CYCLOPHOSPH CAP 25MG.....	32	DARZALEX SOL FASPRO	127
CORTIFOAM AER 90MG.....	105	CYCLOPHOSPH CAP 50MG.....	32	DASETTA TAB 1/35.....	87
CORTISPORIN SUS -TC OTIC	113	CYCLOPHOSPH INJ 1GM	127	DASETTA TAB 7/7/7	87
COSELA INJ 300MG.....	126	CYCLOPHOSPH INJ 2GM	127	DAUNORUBICIN INJ 20MG/4ML.....	127
COTELLIC TAB 20MG	32	CYCLOPHOSPH INJ 500MG.....	127	DAUNORUBICIN INJ 50MG	127
COUNT-A-DOSE MIS	107	CYCLOPHOSPH TAB 25MG	32	DAYSEE TAB.....	87
CREON CAP 3000UNIT.....	79	CYCLOPHOSPH TAB 50MG	32	DDAVP SOL 0.01%	84
CREON CAP 6000UNIT.....	79	CYCLOSERINE CAP 250MG.....	31	DEBLITANE TAB 0.35MG	87
CREON CAP 12000UNT.....	79	CYCLOSPORINE CAP 25MG.....	100	DEFERASIROX GRA 90MG	70
CREON CAP 24000UNT.....	79	CYCLOSPORINE CAP 25MG MOD..	100	DEFERASIROX GRA 180MG	70
CREON CAP 36000UNT	79	CYCLOSPORINE CAP 50MG MOD..	101	DEFERASIROX GRA 360MG	70
CRIXIVAN CAP 400MG.....	40	CYCLOSPORINE CAP 100MG.....	100	DEFERASIROX TAB 90MG	71
CROMOLYN SOD CON 100/5ML.....	77	CYCLOSPORINE CAP 100MG MD...100		DEFERASIROX TAB 125MG.....	70



DEFERASIROX TAB 180MG.....	70	DESVENLAFAX TAB 50MG ER.....	25	DIAZEPAM TAB 10MG.....	44
DEFERASIROX TAB 250MG	70	DESVENLAFAX TAB 100MG ER.....	25	DIAZOXIDE SUS 50MG/ML	46
DEFERASIROX TAB 360MG	70	DEXAMETHASON CON 1MG/ML.....	82	DICLOFENAC GEL 1%.....	9
DEFERASIROX TAB 500MG	71	DEXAMETHASON ELX 0.5/5ML	82	DICLOFENAC SOL 0.1% OP.....	111
DEFITELIO INJ 200/2.5.....	127	DEXAMETHASON SOL 0.5/5ML.....	82	DICLOFENAC TAB 25MG DR	9
DELESTROGEN INJ 10MG/ML	87	DEXAMETHASON TAB 0.5MG	82	DICLOFENAC TAB 50MG DR	9
DELYLA TAB 0.1-0.02.....	87	DEXAMETHASON TAB 0.75MG	82	DICLOFENAC TAB 75MG DR	9
DEMECLOCYCL TAB 150MG	17	DEXAMETHASON TAB 1.5MG	82	DICLOFENAC TAB 100MG ER.....	9
DEMECLOCYCL TAB 300MG	17	DEXAMETHASON TAB 1MG	82	DICLOFEN POT TAB 50MG	9
DEMEROL INJ 25MG/0.5	127	DEXAMETHASON TAB 2MG	82	DICLO/MISOPR TAB 50-0.2MG	9
DEMEROL INJ 25MG/ML.....	127	DEXAMETHASON TAB 4MG	82	DICLO/MISOPR TAB 75-0.2MG	9
DEMEROL INJ 50MG/ML.....	127	DEXAMETHASON TAB 6-DAY.....	82	DICLOXACILL CAP 250MG.....	17
DEMEROL INJ 75MG/1.5	127	DEXAMETHASON TAB 6MG	82	DICLOXACILL CAP 500MG	17
DEMEROL INJ 75MG/ML.....	127	DEXAMETHASON TAB 10-DAY.....	82	DICYCLOMINE CAP 10MG	77
DEMEROL INJ 100/2ML.....	127	DEXAMETHASON TAB 13-DAY.....	82	DICYCLOMINE INJ 10MG/ML	127
DEMEROL INJ 100MG/ML.....	127	DEXAMETH PHO INJ 4MG/ML	127	DICYCLOMINE SOL 10MG/5ML	77
DENG VAXIA SUS	101	DEXAMETH PHO INJ 10MG/ML	127	DICYCLOMINE TAB 20MG.....	77
DEPACON INJ 100MG/ML.....	127	DEXAMETH PHO SOL 0.1% OP.....	111	DIFICID SUS.....	17
DEPO-ESTRADI INJ 5MG/ML	87	DEXCHLORPHEN SOL 2MG/5ML ...	116	DIFICID TAB 200MG	17
DEPO-MEDROL INJ 20MG/ML	127	DEXLANSOPRAZ CAP 30MG DR.....	77	DIFLORASONE CRE 0.05%	82
DEPO-MEDROL INJ 40MG/ML	127	DEXLANSOPRAZ CAP 60MG DR.....	77	DIFLUNISAL TAB 500MG.....	9
DEPO-MEDROL INJ 80MG/ML	127	DEXMETHYLPH TAB 2.5MG.....	66	DIFLUPREDNAT EMU 0.05%	111
DEPO-PROVERA INJ 400/ML.....	127	DEXMETHYLPH TAB 5MG.....	66	DIGITEK TAB 0.25MG	55
DEPO-SQ PROV INJ 104	87	DEXMETHYLPH TAB 10MG.....	66	DIGITEK TAB 0.125MG	55
DESIPRAMINE TAB 10MG	25	DEXRAZOXANE INJ 500MG.....	127	DIGOXIN INJ 0.25/ML.....	127
DESIPRAMINE TAB 25MG	25	DEXTENZA MIS 0.4MG	111	DIGOXIN SOL 50MCG/ML.....	55
DESIPRAMINE TAB 50MG.....	25	DEXTROAMPHET SOL 5MG/5ML	66	DIGOXIN TAB 0.25MG	55
DESIPRAMINE TAB 75MG	25	DEXTROAMPHET TAB 5MG.....	66	DIGOXIN TAB 0.125MG.....	55
DESIPRAMINE TAB 100MG.....	25	DEXTROAMPHET TAB 10MG.....	66	DIGOXIN TAB 0.0625MG.....	55
DESIPRAMINE TAB 150MG	25	DEXYCU SUS 9%	127	DIGOX TAB 0.25MG.....	55
DES Loratadin TAB 5MG	116	DIACOMIT CAP 250MG.....	20	DIGOX TAB 0.125MG	55
DESMOPRESSIN INJ 4MCG/ML.....	84	DIACOMIT CAP 500MG	20	DIHYDROERGOT INJ 1MG/ML	30
DESMOPRESSIN INJ 40/10ML	84	DIACOMIT PAK 250MG	20	DILANTIN CAP 30MG.....	21
DESMOPRESSIN SPR 0.01%.....	85	DIACOMIT PAK 500MG.....	20	DILAUDID INJ 0.2MG/ML.....	127
DESMOPRESSIN TAB 0.1MG	85	DIASCREEN MIS 1G	107	DILAUDID INJ 1MG/ML.....	127
DESMOPRESSIN TAB 0.2MG	85	DIASTIX TES STRIPS.....	107	DILAUDID INJ 2MG/ML.....	127
DESO/ETHINYL TAB ESTRADIO	87	DIAZEPAM CON 5MG/ML	44	DILTIAZEM CAP 60MG ER.....	56
DESONIDE CRE 0.05%.....	82	DIAZEPAM CON 25MG/5ML	44	DILTIAZEM CAP 90MG ER.....	56
DESONIDE LOT 0.05%	82	DIAZEPAM GEL 2.5MG	21	DILTIAZEM CAP 120MG ER.....	55, 56
DESONIDE OIN 0.05%.....	82	DIAZEPAM GEL 10MG	20	DILTIAZEM CAP 180MG/24.....	56
DESOXIMETAS CRE 0.05%.....	82	DIAZEPAM GEL 20MG	21	DILTIAZEM CAP 180MG ER.....	56
DESOXIMETAS CRE 0.25%.....	82	DIAZEPAM INJ 5MG/ML	127	DILTIAZEM CAP 240MG/24.....	56
DESOXIMETAS GEL 0.05%.....	82	DIAZEPAM INJ 10MG/2ML.....	127	DILTIAZEM CAP 240MG ER.....	56
DESOXIMETAS OIN 0.05%.....	82	DIAZEPAM INJ 50/10ML	127	DILTIAZEM CAP 300MG ER	56
DESOXIMETAS OIN 0.25%.....	82	DIAZEPAM SOL 5MG/5ML	44	DILTIAZEM CAP 360MG CD	56
DESOXIMETASO SPR 0.25%.....	82	DIAZEPAM TAB 2MG.....	44	DILTIAZEM CAP 360MG ER	56
DESVENLAFAX TAB 25MG ER.....	25	DIAZEPAM TAB 5MG.....	44	DILTIAZEM CAP 420MG/24.....	56



DILTIAZEM ER TAB 180MG.....56	DOCETAXEL INJ 160/8ML..... 128	DOXYCYCLINE SUS 25MG/5ML..... 18
DILTIAZEM ER TAB 240MG.....56	DOCETAXEL INJ 200/10..... 128	DOXYCYCLINE TAB 20MG..... 18
DILTIAZEM ER TAB 300MG.....56	DODEX INJ.....71	DOXYCYC MONO CAP 50MG..... 18
DILTIAZEM ER TAB 360MG.....56	DOFETILIDE CAP 125MCG.....56	DOXYCYC MONO CAP 100MG..... 17
DILTIAZEM ER TAB 420MG.....56	DOFETILIDE CAP 250MCG.....56	DOXYCYC MONO TAB 50MG..... 18
DILTIAZEM INJ 25MG/5ML..... 127	DOFETILIDE CAP 500MCG..... 56	DOXYCYC MONO TAB 75MG..... 18
DILTIAZEM INJ 50/10ML..... 127	DOLISHALE TAB 90-20MCG..... 87	DOXYCYC MONO TAB 100MG..... 18
DILTIAZEM INJ 100MG..... 127	DONEPEZIL TAB 5MG.....23	DOXYCYC MONO TAB 150MG..... 18
DILTIAZEM INJ 125/25ML..... 127	DONEPEZIL TAB 5MG ODT.....23	DOXYL/PYRID TAB 10-10MG.....27
DILTIAZEM TAB 30MG.....56	DONEPEZIL TAB 10MG.....23	DRONABINOL CAP 2.5MG.....27
DILTIAZEM TAB 60MG.....56	DONEPEZIL TAB 10MG ODT.....23	DRONABINOL CAP 5MG.....27
DILTIAZEM TAB 90MG.....56	DORZOLAMIDE SOL 2% OP..... 111	DRONABINOL CAP 10MG.....27
DILTIAZEM TAB 120MG.....56	DORZOL/TIMOL SOL 2%-0.5%..... 111	DROS/ETH EST TAB LEVOMEFO.....87
DILTIAZEM TAB 120MG ER.....56	DORZOL/TIMOL SOL 2-0.5% OP..... 111	DROSPIRE/ETH TAB ESTR/LEV.....87
DILTIAZEM TAB 240MG ER.....56	DORZOL/TIMOL SOL 22.3-6.8..... 111	DROSPIR/ETHI TAB 3-0.02MG..... 87
DILTIAZEM TAB 300MG ER.....56	DOTTI DIS 0.1MG..... 87	DROSPIR/ETHI TAB 3-0.03MG..... 87
DILTIAZEM TAB 360MG ER.....56	DOTTI DIS 0.05MG..... 87	DROXIA CAP 200MG.....32
DILT-XR CAP 120MG.....55	DOTTI DIS 0.025MG..... 87	DROXIA CAP 300MG.....32
DILT-XR CAP 180MG.....55	DOTTI DIS 0.075MG..... 87	DROXIA CAP 400MG.....32
DILT-XR CAP 240MG.....55	DOTTI DIS 0.0375MG..... 87	DUAVEE TAB 0.45-20..... 87
DIMETHYL FUM CAP 120MG DR.....66	DOVATO TAB 50-300MG..... 41	DUET DHA 400 MIS 25-1-400..... 71
DIMETHYL FUM CAP 240MG DR.....66	DOXAZOSIN TAB 1MG.....56	DUET DHA MIS BALANCED..... 71
DIMETHYL FUM MIS STARTER.....66	DOXAZOSIN TAB 2MG.....56	DULOXETINE CAP 20MG.....66
DIPENTUM CAP 250MG..... 105	DOXAZOSIN TAB 4MG.....56	DULOXETINE CAP 30MG.....66
DIPHEN/ATROP LIQ 2.5/5.....77	DOXAZOSIN TAB 8MG.....56	DULOXETINE CAP 60MG.....66
DIPHEN/ATROP TAB 2.5MG.....77	DOXEPIN HCL CAP 10MG..... 25	DUOBRII LOT.....68
DI-PHEN ELX 12.5/5ML..... 120	DOXEPIN HCL CAP 25MG..... 25	DUOPA SUS 4.63-20.....37
DIPHEN ELX 12.5/5ML..... 116	DOXEPIN HCL CAP 50MG..... 25	DUPIXENT INJ 100/0.67.....68
DIPHENHYDRAM ELX 12.5/5ML..... 116	DOXEPIN HCL CAP 75MG..... 25	DUPIXENT INJ 200/1.14.....68
DIPHENHYDRAM INJ 50MG/ ML.... 128	DOXEPIN HCL CAP 100MG..... 25	DUPIXENT INJ 200MG.....68
DIPRIVAN INJ 200/20ML..... 128	DOXEPIN HCL CAP 150MG..... 25	DUPIXENT INJ 300/2ML.....68
DIPYRIDAMOLE TAB 25MG.....50	DOXEPIN HCL CON 10MG/ML..... 25	DURAMORPH INJ 0.5MG/ML..... 128
DIPYRIDAMOLE TAB 50MG.....50	DOXEPIN HCL CRE 5%.....68	DURAMORPH INJ 1MG/ML..... 128
DIPYRIDAMOLE TAB 75MG.....50	DOXEPIN TAB 3MG..... 121	DUREX MIS REALFEEL..... 107
DISOPYRAMIDE CAP 100MG.....56	DOXEPIN TAB 6MG..... 121	DURYSTA IMP 10MCG..... 128
DISOPYRAMIDE CAP 150MG.....56	DOXERCALCIF CAP 0.5MCG.....106	DUTASTERIDE CAP 0.5MG.....80
DISULFIRAM TAB 250MG..... 14	DOXERCALCIF CAP 1MCG.....106	DUTAST/TAMSU CAP 0.5-0.4.....80
DISULFIRAM TAB 500MG..... 14	DOXERCALCIF CAP 2.5MCG..... 106	DYLOJECT INJ 37.5MG/M..... 128
DIVALPROEX CAP 125MG.....21	DOXERCALCIF INJ 4MCG/2ML..... 128	EASY TOUCH MIS 30G..... 107
DIVALPROEX TAB 125MG DR.....21	DOXORUBICIN INJ 2MG/ML..... 128	EC-NAPROXEN TAB 375MG.....9
DIVALPROEX TAB 250MG DR.....21	DOXORUBICIN INJ 10MG..... 128	EC-NAPROXEN TAB 500MG.....9
DIVALPROEX TAB 250MG ER.....21	DOXORUBICIN INJ 50MG..... 128	ECONAZOLE CRE 1%.....28
DIVALPROEX TAB 500MG DR.....21	DOXY 100 INJ 100MG..... 128	ECONTRA EZ TAB 1.5MG.....87
DIVALPROEX TAB 500MG ER.....21	DOXYCYCL HYC CAP 50MG..... 18	ECONTRA OS TAB 1.5MG.....87
DOCETAXEL INJ 20MG/2ML..... 128	DOXYCYCL HYC CAP 100MG..... 18	EDARBI TAB 40MG.....56
DOCETAXEL INJ 20MG/ML..... 128	DOXYCYCL HYC INJ 100MG..... 128	EDARBI TAB 80MG.....56
DOCETAXEL INJ 80MG/4ML..... 128	DOXYCYCL HYC TAB 100MG..... 18	EDARBYCLOR TAB 40-12.5.....57



EDARBYCLOR TAB 40-25MG.....	57	ENALAPRIL TAB 5MG.....	57	EQUETRO CAP 100MG.....	44
EDURANT TAB 25MG.....	41	ENALAPRIL TAB 10MG.....	57	EQUETRO CAP 200MG.....	44
EFAVIRENZ CAP 50MG.....	41	ENALAPRIL TAB 20MG.....	57	EQUETRO CAP 300MG.....	44
EFAVIRENZ CAP 200MG.....	41	ENBRACE HR CAP.....	71	ERAXIS INJ 50MG.....	128
EFAVIRENZ TAB 600MG.....	41	ENCARE SUP 100MG.....	80	ERAXIS INJ 100MG.....	128
EFFER-K TAB 10MEQ.....	71	ENDOCET TAB 2.5-325.....	10	ERBITUX INJ 100MG.....	128
EFFER-K TAB 20MEQ.....	71	ENDOCET TAB 5-325MG.....	10	ERGOLOID MES TAB 1MG ORAL....	107
EFFER-K TAB 25MEQ EF.....	71	ENDOCET TAB 7.5-325.....	10	ERGOT/CAFFEN TAB 1-100MG.....	30
EGATEN TAB 250MG.....	35	ENDOCET TAB 10-325MG.....	10	ERLEADA TAB 60MG.....	32
EGRIFTA SOL 1MG.....	128	ENGERIX-B INJ 10/0.5ML.....	101	ERLEADA TAB 240MG.....	32
ELAPRASE INJ 6MG/3ML.....	128	ENGERIX-B INJ 20MCG/ML.....	101	ERLOTINIB TAB 25MG.....	32
ELCYS INJ 50MG/ML.....	128	ENHERTU INJ 100MG.....	128	ERLOTINIB TAB 100MG.....	32
ELELYSO INJ 200UNIT.....	128	ENOXAPARIN INJ 30/0.3ML.....	50	ERLOTINIB TAB 150MG.....	32
ELETRIPTAN TAB 20MG.....	30	ENOXAPARIN INJ 40/0.4ML.....	51	ERRIN TAB 0.35MG.....	88
ELETRIPTAN TAB 40MG.....	30	ENOXAPARIN INJ 60/0.6ML.....	51	ERTAPENEM INJ 1GM.....	128
ELIGARD INJ 7.5MG.....	99	ENOXAPARIN INJ 80/0.8ML.....	51	ERY/BENZOYL GEL 3-5%.....	69
ELIGARD INJ 22.5MG.....	99	ENOXAPARIN INJ 80MG/0.8.....	51	ERY PAD 2%.....	68
ELIGARD INJ 30MG.....	99	ENOXAPARIN INJ 100MG/ML.....	50	ERYTHROCIN INJ 500MG.....	128
ELIGARD INJ 45MG.....	99	ENOXAPARIN INJ 120/0.8.....	50	ERYTHROCIN TAB 250MG.....	18
ELINEST TAB.....	87	ENOXAPARIN INJ 150MG/ML.....	50	ERYTHROM ETH SUS 200/5ML.....	18
ELIQUIS ST P TAB 5MG.....	50	ENOXAPARIN INJ 300/3ML.....	50	ERYTHROM ETH SUS 400/5ML.....	18
ELIQUIS TAB 2.5MG.....	50	ENPRESSE-28 TAB.....	88	ERYTHROM ETH TAB 400MG.....	18
ELIQUIS TAB 5MG.....	50	ENSKYCE TAB.....	88	ERYTHROM ST TAB 250MG.....	18
ELITE-OB TAB.....	71	ENTACAPONE TAB 200MG.....	37	ERYTHROMYCIN CAP 250MG EC....	18
ELIXOPHYLLIN ELX 80/15ML.....	116	ENTECAVIR TAB 0.5MG.....	41	ERYTHROMYCIN GEL 2%.....	69
ELLA TAB 30MG.....	87	ENTECAVIR TAB 1MG.....	41	ERYTHROMYCIN OIN 5MG/GM.....	111
ELMIRON CAP 100MG.....	80	ENTRESTO TAB 24-26MG.....	57	ERYTHROMYCIN SOL 2%.....	69
ELURYNG MIS.....	88	ENTRESTO TAB 49-51MG.....	57	ERYTHROMYCIN TAB 250MG.....	18
ELZONRIS SOL 1000MCG.....	128	ENTRESTO TAB 97-103MG.....	57	ERYTHROMYCIN TAB 250MG BS....	18
EMCYT CAP 140MG.....	32	ENTYVIO INJ 300MG.....	128	ERYTHROMYCIN TAB 250MG EC....	18
EMEND SUS 125MG.....	27	ENULOSE SOL 10GM/15.....	77	ERYTHROMYCIN TAB 333MG EC....	18
EMERPHED SOL 5MG/ML.....	128	EPCLUSA PAK 150-37.5.....	41	ERYTHROMYCIN TAB 500MG.....	18
EMFLAZA SUS 22.75/ML.....	82	EPCLUSA PAK 200-50MG.....	41	ERYTHROMYCIN TAB 500MG BS....	18
EMFLAZA TAB 6MG.....	82	EPCLUSA TAB 200-50MG.....	41	ERYTHROMYCIN TAB 500MG EC....	18
EMFLAZA TAB 18MG.....	82	EPCLUSA TAB 400-100.....	41	ESCITALOPRAM SOL 5MG/5ML.....	25
EMFLAZA TAB 30MG.....	82	EPHEDRINE SU SOL 5MG/ML.....	128	ESCITALOPRAM TAB 5MG.....	25
EMFLAZA TAB 36MG.....	82	EPIFOAM AER 1%.....	68	ESCITALOPRAM TAB 10MG.....	25
EMOQUETTE TAB.....	88	EPINASTINE DRO 0.05%.....	111	ESCITALOPRAM TAB 20MG.....	25
EMPLICITI INJ 300MG.....	128	EPINEPHRINE INJ 0.3MG.....	116	ESKATA SOL 40%.....	69
EMPLICITI INJ 400MG.....	128	EPINEPHRINE INJ 0.15MG.....	116	ESOMEPRA MAG CAP 20MG DR.....	77
EMTR/TEN DF TAB 100-150.....	41	EPINEPHRINE INJ 30/30ML.....	128	ESOMEPRA MAG CAP 40MG DR.....	77
EMTR/TEN DF TAB 133-200.....	41	EPINPHEPHRIN KIT SNAP-V.....	128	ESOMEPRAZOLE INJ 20MG.....	128
EMTR/TEN DF TAB 167-250.....	41	EPITOL TAB 200MG.....	21	ESOMEPRAZOLE INJ 40MG.....	128
EMTR/TENOFOV TAB 200-300.....	41	EPIVIR HBV SOL 5MG/ML.....	41	ESTARYLLA TAB 0.25-35.....	88
ENALAPR/HCTZ TAB 5-12.5MG.....	57	EPLERENONE TAB 25MG.....	57	ESTAZOLAM TAB 1MG.....	44
ENALAPR/HCTZ TAB 10-25MG.....	57	EPLERENONE TAB 50MG.....	57	ESTAZOLAM TAB 2MG.....	44
ENALAPRIL TAB 2.5MG.....	57	EPTIFIBATIDE INJ 200MG.....	128	ESTRADIOL CRE 0.01%.....	88

ESTRADIOL DIS 0.1MG	88	EUTHYROX TAB 75MCG.....	96	FEBUXOSTAT TAB 80MG.....	30
ESTRADIOL DIS 0.05MG	88	EUTHYROX TAB 88MCG.....	96	FELBAMATE SUS 600/5ML.....	21
ESTRADIOL DIS 0.06MG	88	EUTHYROX TAB 100MCG	96	FELBAMATE TAB 400MG	21
ESTRADIOL DIS 0.025MG	88	EUTHYROX TAB 112MCG	96	FELBAMATE TAB 600MG	21
ESTRADIOL DIS 0.075MG.....	88	EUTHYROX TAB 125MCG.....	96	FELODIPINE TAB 2.5MG ER.....	57
ESTRADIOL DIS 0.0375MG	88	EUTHYROX TAB 137MCG.....	96	FELODIPINE TAB 5MG ER.....	57
ESTRADIOL TAB 0.5MG.....	88	EUTHYROX TAB 150MCG.....	96	FELODIPINE TAB 10MG ER.....	57
ESTRADIOL TAB 1MG.....	88	EUTHYROX TAB 175MCG.....	96	FEMCAP MIS 22MM	107
ESTRADIOL TAB 2MG.....	88	EUTHYROX TAB 200MCG	96	FEMCAP MIS 26MM	107
ESTRADIOL TAB 10MCG.....	88	EVENITY INJ 105MG	128	FEMCAP MIS 30MM	107
ESTRAD VAL INJ 10MG/ML	88	EVEROLIMUS TAB 2.5MG	32	FEMRING MIS 0.1MG/24.....	89
ESTRAD VAL INJ 20MG/ML	88	EVEROLIMUS TAB 5MG	32	FEMRING MIS 0.05/24H.....	89
ESTRAD VAL INJ 40MG/ML.....	88	EVEROLIMUS TAB 7.5MG.....	32	FEMYNOR TAB 0.25-35.....	89
ESTRAD VAL INJ 200MG/5	88	EVEROLIMUS TAB 10MG	32	FENOFIBRATE TAB 54MG	57
ESTRA/NORETH TAB 0.5-0.1	88	EVKEEZA INJ 345/2.3	128	FENOFIBRATE TAB 160MG.....	57
ESTRA/NORETH TAB 1-0.5MG.....	88	EVKEEZA INJ 1200/8.....	128	FENOPROFEN TAB 600MG.....	10
ESTRING MIS 2MG	88	EVOMELA INJ 50MG	128	FENSOLVI INJ 45MG	128
ESTRING MIS 7.5/24HR	88	EXELDERM CRE 1%	28	FENTANYL CIT INJ 0.05MG/1	128
ESZOPICLONE TAB 1MG.....	121	EXELDERM SOL 1%	28	FENTANYL CIT INJ 50MCG/ML	129
ESZOPICLONE TAB 2MG.....	121	EXEMESTANE TAB 25MG.....	32	FENTANYL CIT INJ 100/2ML	129
ESZOPICLONE TAB 3MG.....	121	EXONDYS 51 SOL 100/2ML.....	128	FENTANYL CIT INJ 250/5ML	129
ETHACRYNATE INJ 50MG.....	128	EXONDYS 51 SOL 500/10ML	128	FENTANYL CIT INJ 500MCG.....	129
ETHACRYNIC TAB ACD 25MG.....	57	EXPAREL INJ 1.3%.....	128	FENTANYL CIT INJ 1000/20	129
ETHAMBUTOL TAB 100MG.....	31	EZETIMIBE TAB 10MG	57	FENTANYL CIT INJ 2500MCG.....	129
ETHAMBUTOL TAB 400MG	31	EZETIM/SIMVA TAB 10-10MG.....	57	FENTANYL DIS 12MCG/HR.....	10
ETHOSUXIMIDE CAP 250MG.....	21	EZETIM/SIMVA TAB 10-20MG.....	57	FENTANYL DIS 25MCG/HR.....	10
ETHOSUXIMIDE SOL 250/5ML	21	EZETIM/SIMVA TAB 10-40MG	57	FENTANYL DIS 50MCG/HR.....	10
ETHY ETH EST TAB 1-35	88	EZETIM/SIMVA TAB 10-80MG	57	FENTANYL DIS 75MCG/HR.....	10
ETHYNODIOL TAB 1-50	88	FA-8 CAP 800MCG	71	FENTANYL DIS 100MCG/H	10
ETHYOL INJ 500MG	128	FABRAZYME INJ 5MG	128	FENTANYL OT LOZ 200MCG	10
ETODOLAC CAP 200MG	10	FABRAZYME INJ 35MG	128	FENTANYL OT LOZ 400MCG	10
ETODOLAC CAP 300MG	10	FALMINA TAB.....	89	FENTANYL OT LOZ 600MCG	10
ETODOLAC ER TAB 400MG.....	10	FAMCICLOVIR TAB 125MG	41	FENTANYL OT LOZ 800MCG	10
ETODOLAC ER TAB 500MG.....	10	FAMCICLOVIR TAB 250MG	41	FENTANYL OT LOZ 1200MCG	10
ETODOLAC ER TAB 600MG.....	10	FAMCICLOVIR TAB 500MG	41	FENTANYL OT LOZ 1600MCG	10
ETODOLAC TAB 400MG.....	10	FAMOTIDINE INJ 20MG/2ML	128	FESOTERODINE TAB 4MG ER.....	80
ETODOLAC TAB 500MG.....	10	FAMOTIDINE INJ 20MG/50M	128	FESOTERODINE TAB 8MG ER.....	80
ETOMIDATE INJ 20/10ML.....	128	FAMOTIDINE INJ 200/20ML.....	128	FETROJA INJ 1GM.....	129
ETOMIDATE INJ 40/20ML.....	128	FAMOTIDINE SUS 40MG/5ML	77	FINASTERIDE TAB 5MG.....	80
ETONOGESTREL MIS ETHY EST	89	FAMOTIDINE TAB 20MG.....	77	FINGOLIMOD CAP 0.5MG	66
ETOPOPHOS INJ 100MG.....	128	FAMOTIDINE TAB 40MG.....	77	FINZALA CHW FE 1/20	89
ETOPOSIDE CAP 50MG.....	32	FARXIGA TAB 5MG.....	46	FIRMAGON INJ 80MG.....	129
ETOPOSIDE INJ 1GM/50ML.....	128	FARXIGA TAB 10MG.....	46	FIRMAGON INJ 120MG	129
ETRAVIRINE TAB 100MG.....	41	FASENRA INJ 30MG/ML.....	128	FIRVANQ SOL 25MG/ML	18
ETRAVIRINE TAB 200MG	41	FAYOSIM TAB	89	FIRVANQ SOL 50MG/ML.....	18
EUTHYROX TAB 25MCG.....	96	FC2 FEMALE MIS CONDOM	107	FLAC OIL 0.01%.....	113
EUTHYROX TAB 50MCG.....	96	FEBUXOSTAT TAB 40MG.....	30	FLAREX SUS 0.1% OP	111



FLAVOXATE TAB 100MG	80	FLUORITAB DRO 0.125MG	71	FLUVOXAMINE TAB 50MG	25
FLEBOGAMMA INJ 5GM/50ML	129	FLUOROMETHOL SUS 0.1% OP	111	FLUVOXAMINE TAB 100MG	25
FLEBOGAMMA INJ 10/100ML	129	FLUOROURACIL CRE 0.5%	32	FLUZONE HD INJ 2022-23	101
FLEBOGAMMA INJ 10/200ML	129	FLUOROURACIL CRE 5%	32	FLUZONE QUAD INJ 2022-23	101
FLEBOGAMMA INJ 20/200ML	129	FLUOROURACIL INJ 1GM/20ML	129	FML FORTE SUS 0.25% OP	111
FLEBOGAMMA INJ 20/400ML	129	FLUOROURACIL INJ 5GM/100M	129	FOLIC ACID TAB 1MG	71
FLEBOGAMMA INJ DIF 5%	129	FLUOROURACIL INJ 500/10ML	129	FOLIC ACID TAB 400MCG	71
FLECAINIDE TAB 50MG	57	FLUOROURACIL SOL 2%	32	FOLIC ACID TAB 800MCG	71
FLECAINIDE TAB 100MG	57	FLUOROURACIL SOL 5%	32	FOLIC ACID TAB 1000MCG	71
FLECAINIDE TAB 150MG	57	FLUOXETINE CAP 10MG	25	FOLIVANE-OB CAP	71
FLEXBUMIN INJ 25%	129	FLUOXETINE CAP 20MG	25	FONDAPARINUX INJ 2.5/0.5	51
FLEXICHAMBER MIS MASK SM	107	FLUOXETINE CAP 40MG	25	FONDAPARINUX INJ 5/0.4ML	51
FLUAD QUADRI INJ 2022-23	101	FLUOXETINE CAP 90MG DR	25	FONDAPARINUX INJ 7.5/0.6	51
FLUARIX QUAD INJ 2022-23	101	FLUOXETINE SOL 20MG/5ML	25	FONDAPARINUX INJ 10/0.8ML	51
FLUBLOK QUAD INJ 2022-23	101	FLUOXETINE TAB 10MG	25	FORMOTEROL NEB 20/2ML	116
FLUCLVX QUAD INJ 2022-23	101	FLUOXETINE TAB 20MG	25	FOSAMPRENAVI TAB 700MG	41
FLUCONAZOLE/ INJ NACL 200	129	FLUPHENAZ DE INJ 25MG/ML	129	FOSCARNET INJ 24MG/ML	129
FLUCONAZOLE/ INJ NACL 400	129	FLUPHENAZINE CON 5MG/ML	38	FOSCAVIR INJ 24MG/ML	129
FLUCONAZOLE SOL /NACL	129	FLUPHENAZINE ELX 2.5/5ML	38	FOSFOMYCIN POW 3GM	18
FLUCONAZOLE SUS 10MG/ML	28	FLUPHENAZINE INJ 2.5MG/ML	129	FOSINOP/HCTZ TAB 10/12.5	57
FLUCONAZOLE SUS 40MG/ML	28	FLUPHENAZINE TAB 1MG	38	FOSINOP/HCTZ TAB 20/12.5	57
FLUCONAZOLE TAB 50MG	29	FLUPHENAZINE TAB 2.5MG	38	FOSINOPRIL TAB 10MG	57
FLUCONAZOLE TAB 100MG	28	FLUPHENAZINE TAB 5MG	38	FOSINOPRIL TAB 20MG	57
FLUCONAZOLE TAB 150MG	28	FLUPHENAZINE TAB 10MG	38	FOSINOPRIL TAB 40MG	57
FLUCONAZOLE TAB 200MG	28	FLURANDRENOL LOT 0.05%	82	FOSPHENYTOIN INJ 100/2ML	129
FLUCYTOSINE CAP 250MG	29	FLURANDRENOL OIN 0.05%	83	FOSPHENYTOIN INJ 500/10ML	129
FLUCYTOSINE CAP 500MG	29	FLURAZEPAM CAP 15MG	121	FOSRENOL POW 750MG	71
FLUDARABINE INJ 50MG	129	FLURAZEPAM CAP 30MG	121	FOSRENOL POW 1000MG	71
FLUDARABINE INJ 50MG/2ML	129	FLURBIPROFEN SOL 0.03% OP	111	FROVATRIPTAN TAB 2.5MG	30
FLUDROCORT TAB 0.1MG	82	FLURBIPROFEN TAB 100MG	10	FUROSEMIDE INJ 10MG/ML	129
FLULAVAL QUA INJ 2022-23	101	FLUTAMIDE CAP 125MG	32	FUROSEMIDE SOL 10MG/ML	57
FLUMIST QUAD SUS 2022-23	101	FLUTICASONE CRE 0.05%	83	FUROSEMIDE SOL 40MG/5ML	57
FLUNISOLIDE SPR 0.025%	116	FLUTICASONE OIN 0.005%	83	FUROSEMIDE TAB 20MG	57
FLUOCIN ACET CRE 0.01%	82	FLUTICASONE SPR 50MCG	116	FUROSEMIDE TAB 40MG	57
FLUOCIN ACET CRE 0.025%	82	FLUTIC/SALME AER 100/50	116	FUROSEMIDE TAB 80MG	58
FLUOCIN ACET OIL 0.01%	113	FLUTIC/SALME AER 250/50	116	FUZEON INJ 90MG	41
FLUOCIN ACET OIL BODY	82	FLUTIC/SALME AER 500/50	116	FYAVOLV TAB 0.5-2.5	89
FLUOCIN ACET OIL SCALP	82	FLUTIC/SALME INH 55/14	116	FYAVOLV TAB 1-5	89
FLUOCIN ACET OIN 0.025%	82	FLUTIC/SALME INH 113/14	116	FYCOMPA SUS 0.5MG/ML	21
FLUOCIN ACET SOL 0.01%	82	FLUTIC/SALME INH 232/14	116	GABAPENTIN CAP 100MG	21
FLUOCINONIDE CRE 0.05%	82	FLUTIC/VILAN INH 100-25	116	GABAPENTIN CAP 300MG	21
FLUOCINONIDE CRE E 0.05%	82	FLUTIC/VILAN INH 200-25	116	GABAPENTIN CAP 400MG	21
FLUOCINONIDE GEL 0.05%	82	FLUVASTATIN CAP 20MG	57	GABAPENTIN SOL 250/5ML	21
FLUOCINONIDE OIN 0.05%	82	FLUVASTATIN CAP 40MG	57	GABAPENTIN TAB 600MG	21
FLUOCINONIDE SOL 0.05%	82	FLUVOXAMINE CAP 100MG ER	25	GABAPENTIN TAB 800MG	21
FLUORIDE CHW 0.25MG F	71	FLUVOXAMINE CAP 150MG ER	25	GABLOFEN INJ 10000/20	129
FLUORIDE CHW 1MG F	71	FLUVOXAMINE TAB 25MG	25	GABLOFEN INJ 20000/20	129



GABLOFEN INJ 40000/20.....	129	GENGRAF CAP 25MG.....	101	GLYBURIDE TAB 2.5MG.....	46
GALANTAMINE CAP 8MG ER	23	GENGRAF CAP 100MG.....	101	GLYBURIDE TAB 5MG.....	46
GALANTAMINE CAP 16MG ER	23	GENGRAF SOL 100MG/ML.....	101	GLYBURID MCR TAB 1.5MG	46
GALANTAMINE CAP 24MG ER	23	GENTAK OIN 0.3% OP	111	GLYBURID MCR TAB 3MG	46
GALANTAMINE SOL 4MG/ML	23	GENTAMICIN CRE 0.1%	18	GLYBURID MCR TAB 6MG	46
GALANTAMINE TAB 4MG.....	23	GENTAMICIN INJ 10MG/ML.....	130	GLYCOLAX POW 3350 NF	77
GALANTAMINE TAB 8MG.....	24	GENTAMICIN INJ 40MG/ML.....	130	GLYCOPYRROL INJ 0.2MG/ML	130
GALANTAMINE TAB 12MG.....	23	GENTAMICIN OIN 0.1%	18	GLYCOPYRROL INJ 0.4/2ML	130
GALZIN CAP 25MG	71	GENTAMICIN SOL 0.3% OP.....	111	GLYCOPYRROL INJ 4MG/20ML	130
GALZIN CAP 50MG	71	GENTAM/NACL INJ 0.9MG/ML	130	GLYCOPYRROL TAB 1MG	77
GAMASTAN INJ.....	129	GENTAM/NACL INJ 1.4MG/ML.....	130	GLYCOPYRROL TAB 2MG.....	77
GAMIFANT INJ 10MG/2ML.....	129	GENTAM/NACL INJ 60MG	130	GLYDO GEL 2%.....	14
GAMIFANT INJ 50/10ML.....	129	GENTAM/NACL INJ 80MG.....	130	GLYRX-PF INJ 1MG/5ML.....	130
GAMIFANT INJ 100/20ML.....	129	GENTAM/NACL INJ 100MG	130	GLYRX-PF INJ .6MG/3ML	130
GAMMAGARD INJ 2.5GM/25	129	GENTAM/NACL INJ 120MG.....	130	GLYRX-PF SOL 0.2MG/ML	130
GAMMAGARD INJ 5GM/50ML	129	GENTLELAX POW	77	GLYRX-PF SOL 0.4/2	130
GAMMAGARD INJ 10GM/100.....	129	GENVOYA TAB.....	41	GNP GLUCOSE CHW 2GM.....	107
GAMMAGARD INJ 20GM/200.....	129	GEODON INJ 20MG.....	130	GOPRELTO SOL 40MG/ML.....	130
GAMMAGARD INJ 30GM/300.....	129	GIAPREZA INJ 2.5MG	130	GRANISETRON INJ 0.1MG/ML	130
GAMMAGARD SD INJ 5GM HU	129	GILPHEX TR TAB 10-388MG	116	GRANISETRON INJ 1MG/ML.....	130
GAMMAGARD SD INJ 10GM HU	129	GIVLAARI INJ 189MG/ML.....	130	GRANISETRON INJ 4MG/4ML.....	130
GAMMAKED INJ 2.5GM/25	129	GLASSIA INJ.....	130	GRANISETRON TAB 1MG	28
GAMMAKED INJ 5GM/50ML.....	130	GLATIRAMER INJ 20MG/ML.....	66	GRISEOFULVIN SUS 125/5ML	29
GAMMAKED INJ 10GM/100	129	GLATIRAMER INJ 40MG/ML.....	66	GRISEOFULVIN TAB MICR 500.....	29
GAMMAKED INJ 20GM/200.....	129	GLATOPA INJ 20MG/ML.....	66	GRISEOFULVIN TAB ULTR 125	29
GAMMAPLEX INJ 5%	130	GLATOPA INJ 40MG/ML.....	66	GRISEOFULVIN TAB ULTR 250	29
GAMMAPLEX INJ 10%	130	GLEOSTINE CAP 10MG	32	GUAIAUSS AC SYP 100-10/5.....	116
GAMUNEX-C INJ 2.5GM/25.....	130	GLEOSTINE CAP 40MG	32	GUANFACINE TAB 1MG.....	58
GAMUNEX-C INJ 5GM/50ML	130	GLEOSTINE CAP 100MG.....	32	GUANFACINE TAB 1MG ER.....	66
GAMUNEX-C INJ 10GM/100	130	GLIMEPIRIDE TAB 1MG	46	GUANFACINE TAB 2MG.....	58
GAMUNEX-C INJ 20GM/200	130	GLIMEPIRIDE TAB 2MG	46	GUANFACINE TAB 2MG ER.....	66
GAMUNEX-C INJ 40/400ML	130	GLIMEPIRIDE TAB 4MG	46	GUANFACINE TAB 3MG ER.....	66
GANCICLOVIR INJ 500/25.....	130	GLIPIZIDE ER TAB 2.5MG	46	GUANFACINE TAB 4MG ER.....	66
GANCICLOVIR INJ 500MG	130	GLIPIZIDE ER TAB 5MG	46	GUANIDINE TAB 125MG	31
GARDASIL 9 INJ.....	101	GLIPIZIDE ER TAB 10MG	46	GVOKE HYPO 1 INJ 1MG/ .2ML.....	46
GATIFLOXACIN SOL 0.5%.....	111	GLIPIZIDE TAB 5MG	46	GVOKE HYPO 1 INJ .5/ .1ML	46
GAUZE PAD 2"X2"	107	GLIPIZIDE TAB 10MG	46	GVOKE KIT SOL 1MG/0.2M.....	46
GAVILAX POW.....	77	GLIP/METFORM TAB 2.5-250M	46	GVOKE PFS INJ.....	46
GAVILYTE-C SOL	77	GLIP/METFORM TAB 2.5-500M.....	46	GYNAZOLE-1 CRE 2%	29
GAVILYTE-G SOL	77	GLIP/METFORM TAB 5-500MG	46	GYNOL II GEL 3%.....	80
GAVILYTE-N SOL FLAV PK	77	GLUCAGON EMR SOL 1MG.....	46	HAEGARDA INJ 2000UNIT	101
GAZYVA INJ 25MG/ML.....	130	GLUCAGON KIT 1MG.....	46	HAEGARDA INJ 3000UNIT	101
GEFITINIB TAB 250MG.....	32	GLUCOSE BITS CHW 1GM.....	107	HAILEY 24 TAB FE	89
GEMCITABINE INJ 2GM/20ML	130	GLYB/METFORM TAB 1.25-250	46	HAILEY FE TAB 1.5/30.....	89
GEMFIBROZIL TAB 600MG	58	GLYB/METFORM TAB 2.5-500.....	46	HAILEY FE TAB 1/20.....	89
GEMMILY CAP 1/20.....	89	GLYB/METFORM TAB 5-500MG.....	46	HAILEY TAB 1.5/30	89
GENERLAC SOL 10GM/15	77	GLYBURIDE TAB 1.25MG.....	46	HALDOL DECAN INJ 50MG/ML.....	130



HALDOL DECAN INJ 100MG/ ML.....	130	HERZUMA INJ 150MG	131	HYDROC/HOMAT TAB 5-1.5MG.....	116
HALDOL INJ 5MG/ML.....	130	HERZUMA INJ 420MG	131	HYDROCO/APAP SOL 7.5-325	10
HALOBETASOL CRE 0.05%.....	83	HIBERIX SOL 10MCG	102	HYDROCO/APAP TAB 5-325MG.....	10
HALOBETASOL OIN 0.05%.....	83	HIZENTRA INJ 1GM/5ML.....	131	HYDROCO/APAP TAB 7.5-325	10
HALOETTE MIS	89	HIZENTRA INJ 2GM/10ML	131	HYDROCO/APAP TAB 10-325MG.....	10
HALOPER DEC INJ 50MG/ML.....	130	HIZENTRA INJ 4GM/20ML	131	HYDROCOD/HOM SYP 5-1.5/5	116
HALOPER DEC INJ 100MG/ML	130	HIZENTRA SOL 20%.....	131	HYDROCOD/IBU TAB 5-200MG	10
HALOPER DEC INJ 500/5ML.....	130	HUMALOG INJ 100/ML	46	HYDROCOD/IBU TAB 7.5-200	10
HALOPERIDOL CON 2MG/ML.....	38	HUMALOG JR INJ 100/ML	47	HYDROCOD/IBU TAB 10-200MG	10
HALOPERIDOL INJ 5MG/ML.....	130	HUMALOG KWIK INJ 100/ML	47	HYDROCODONE CAP 10MG ER	10
HALOPERIDOL TAB 0.5MG	38	HUMALOG KWIK INJ 200/ML	47	HYDROCODONE CAP 15MG ER	10
HALOPERIDOL TAB 1MG	38	HUMALOG MIX INJ 50/50.....	47	HYDROCODONE CAP 20MG ER	11
HALOPERIDOL TAB 2MG	38	HUMALOG MIX INJ 50/50KWP	47	HYDROCODONE CAP 30MG ER	11
HALOPERIDOL TAB 5MG	38	HUMALOG MIX INJ 75/25KWP	47	HYDROCODONE CAP 40MG ER	11
HALOPERIDOL TAB 10MG	38	HUMALOG MIX SUS 75/25.....	47	HYDROCODONE CAP 50MG ER	11
HALOPERIDOL TAB 20MG	38	HUMIRA INJ 10/0.1ML.....	102	HYDROCORT CRE 2.5%.....	83
HALOPER LAC INJ 5MG/ML.....	130	HUMIRA INJ 20/0.2ML	102	HYDROCORT ENE 100MG	105
HARVONI PAK	41	HUMIRA INJ 40/0.4ML	102	HYDROCORTISO CRE 2.5%.....	105
HARVONI PAK 45-200MG	41	HUMIRA KIT 40MG/0.8	102	HYDROCORT LOT 2.5%.....	83
HARVONI TAB 45-200MG	41	HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	102	HYDROCORT OIN 1%	83
HARVONI TAB 90-400MG.....	41	HUMIRA PEN INJ 40/0.4ML.....	102	HYDROCORT OIN 2.5%	83
HAVRIX INJ 720UNIT	101	HUMIRA PEN INJ 40MG/0.8.....	102	HYDROCORT TAB 5MG.....	83
HAVRIX INJ 1440UNIT	101	HUMIRA PEN INJ CD/UC/HS	102	HYDROCORT TAB 10MG.....	83
HC/ACET ACID SOL OTIC	113	HUMIRA PEN INJ PS/UV.....	102	HYDROCORT TAB 20MG.....	83
HC BUTYRATE CRE 0.1%	83	HUMIRA PEN KIT CD/UC/HS.....	102	HYDROMET SYP 5-1.5/5.....	117
HC BUTYRATE OIN 0.1%.....	83	HUMIRA PEN KIT PED UC	102	HYDROMORPHON INJ 1MG/ ML....	131
HC BUTYRATE SOL 0.1%.....	83	HUMIRA PEN KIT PS/UV	102	HYDROMORPHON INJ 2MG/ ML....	131
HC PRAMOXINE CRE 1-1%.....	105	HUMULIN INJ 70/30	47	HYDROMORPHON INJ 4MG/ ML....	131
HC VALERATE CRE 0.2%.....	83	HUMULIN INJ 70/30KWP.....	47	HYDROMORPHON INJ 10MG/ ML..	131
HC VALERATE OIN 0.2%.....	83	HUMULIN N INJ U-100.....	47	HYDROMORPHON LIQ 1MG/ML.....	11
HEATHER TAB 0.35MG	89	HUMULIN N INJ U-100KWP.....	47	HYDROMORPHON TAB 2MG.....	11
HECTOROL INJ 2MCG/ML.....	130	HUMULIN R INJ U-100.....	47	HYDROMORPHON TAB 4MG.....	11
HECTOROL INJ 4MCG/2ML.....	130	HUMULIN R INJ U-500	47	HYDROMORPHON TAB 8MG	11
HEPARIN SOD INJ 1000/ML.....	51, 131	HYCAMTIN CAP 0.25MG	33	HYDROMORPHON TAB 8MG ER	11
HEPARIN SOD INJ 5000/0.5.....	51	HYCAMTIN CAP 1MG.....	33	HYDROMORPHON TAB 12MG ER....	11
HEPARIN SOD INJ 5000/ML.....	51, 131	HYCAMTIN INJ 4MG.....	131	HYDROMORPHON TAB 16MG ER ...	11
HEPARIN SOD INJ 10000/ML	51	HYD POL/CPM SUS 10-8/5ML.....	116	HYDROMORPHON TAB 32MG ER ...	11
HEPARIN SOD INJ 20000/ML	51	HYDRALAZINE INJ 20MG/ML	131	HYDROXYCHLOR TAB 200MG	36
HEPLISAV-B INJ 20/0.5ML.....	102	HYDRALAZINE TAB 10MG	58	HYDROXYPROG INJ 250MG/ ML....	131
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT.....	131	HYDRALAZINE TAB 25MG.....	58	HYDROXYUREA CAP 500MG	33
HEP SOD/DEXT INJ 25000UNT	131	HYDRALAZINE TAB 50MG.....	58	HYDROXYZ HCL INJ 25MG/ML.....	131
HEP SOD/NAACL INJ 1000UNIT	131	HYDRALAZINE TAB 100MG.....	58	HYDROXYZ HCL INJ 50MG/ML.....	131
HEP SOD/NAACL INJ 2000UNIT	131	HYDRO/ACETA SOL 10-325MG.....	10	HYDROXYZ HCL SYP 10MG/5ML	44
HEP SOD/NAACL INJ 12500UNT	131	HYDROCHLOROT CAP 12.5MG	58	HYDROXYZ HCL TAB 10MG	44
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	131	HYDROCHLOROT TAB 12.5MG	58	HYDROXYZ HCL TAB 25MG	44
HERCEPTIN INJ 150MG.....	131	HYDROCHLOROT TAB 25MG.....	58	HYDROXYZ HCL TAB 50MG	44
HERCEPTIN INJ 440MG.....	131	HYDROCHLOROT TAB 50MG.....	58	HYDROXYZ PAM CAP 25MG	44



HYDROXYZ PAM CAP 50MG	44	INCASSIA TAB 0.35MG	89	INSULIN SYRG MIS 1ML/29G	108
HYDROXYZ PAM CAP 100MG	44	INCRELEX INJ 40MG/4ML.....	85	INSULIN SYRG MIS 1ML/30G	108
HYPERRAB INJ 900UNIT.....	131	INCRUSE ELPT INH 62.5MCG.....	117	INSULIN SYRG MIS 1ML/31G	108
HYPERSAL NEB 3.5%.....	117	INDAPAMIDE TAB 1.25MG.....	58	INTEGRILIN INJ.....	132
HYPERSAL NEB 7%.....	117	INDAPAMIDE TAB 2.5MG.....	58	INTELENCE TAB 25MG	41
HYQVIA INJ 2.5-200.....	131	INDOMETHACIN CAP 25MG	11	INTRAROSA SUP 6.5MG	132
HYQVIA INJ 5-400.....	131	INDOMETHACIN CAP 50MG.....	11	INTRON A INJ 10MU.....	41
HYQVIA INJ 10-800.....	131	INDOMETHACIN CAP 75MG ER	11	INTRON A INJ 18MU.....	41
HYQVIA INJ 20-1600	131	INFANRIX INJ.....	102	INTRON A INJ 25MU.....	41
HYQVIA INJ 30-2400.....	131	INFLECTRA INJ 100MG	131	INTRON A INJ 50MU	42
IBANDRONATE INJ 3MG/3ML	131	INFLIXIMAB INJ 100MG	131	INTROVALE TAB	89
IBANDRONATE TAB 150MG.....	106	INFUGEM SOL 1200MG.....	131	INVANZ INJ 1GM.....	132
IBUPROFEN TAB 400MG.....	11	INFUGEM SOL 1300MG.....	131	INVEGA HAFYE INJ 1092MG.....	132
IBUPROFEN TAB 600MG.....	11	INFUGEM SOL 1400MG.....	132	INVEGA HAFYE INJ 1560MG.....	132
IBUPROFEN TAB 800MG.....	11	INFUGEM SOL 1500MG.....	132	INVEGA SUST INJ 39/0.25.....	132
IBU TAB 400MG	11	INFUGEM SOL 1600MG.....	132	INVEGA SUST INJ 78/0.5ML	132
IBU TAB 600MG	11	INFUGEM SOL 1700MG.....	132	INVEGA SUST INJ 117/0.75.....	132
IBU TAB 800MG	11	INFUGEM SOL 1800MG.....	132	INVEGA SUST INJ 156MG/ML	132
ICATIBANT INJ 30MG/3ML	102	INFUGEM SOL 1900MG.....	132	INVEGA SUST INJ 234/1.5.....	132
ICLEVIA TAB	89	INFUGEM SOL 2000MG.....	132	INVEGA TRINZ INJ 273MG	132
ICOSAPENT CAP 0.5GM.....	58	INFUGEM SOL 2200MG.....	132	INVEGA TRINZ INJ 410MG	132
ICOSAPENT CAP 1GM.....	58	INFUMORPH INJ 10MG/ML	132	INVEGA TRINZ INJ 546MG.....	132
ILARIS INJ 150MG/ML.....	131	INFUMORPH INJ 25MG/ML	132	INVEGA TRINZ INJ 819MG	132
ILUVIEN IMP 0.19MG	131	INGREZZA CAP 40-80MG	66	INVELTYS SUS 1%	111
IMATINIB MES TAB 100MG	33	INGREZZA CAP 40MG	66	INVIRASE TAB 500MG	42
IMATINIB MES TAB 400MG	33	INGREZZA CAP 60MG.....	67	IOPIDINE SOL 1% OP	111
IMBRUVICA CAP 70MG	33	INGREZZA CAP 80MG.....	67	IPOL INJ INACTIVE	102
IMBRUVICA CAP 140MG	33	INS DEGL FLX INJ 100UNIT	47	IPRATROPIUM SOL 0.02% INH.....	117
IMBRUVICA SUS 70MG/ML	33	INS DEGL FLX INJ 200UNIT	47	IPRATROPIUM/ SOL ALBUTER.....	117
IMBRUVICA TAB 140MG.....	33	INSPIREASE MIS DD SYST.....	107	IPRATROPIUM SPR 0.03%.....	117
IMBRUVICA TAB 280MG.....	33	INSPIREASE MIS RES BAG	107	IPRATROPIUM SPR 0.06%.....	117
IMBRUVICA TAB 420MG.....	33	INSULIN ASPA INJ 70/30.....	47	IRBESAR/HCTZ TAB 150-12.5.....	58
IMBRUVICA TAB 560MG	33	INSULIN DEGL INJ 100UNIT.....	47	IRBESAR/HCTZ TAB 300-12.5	58
IMFINZI INJ 120/2.4	131	INSULIN LISP INJ 100/ML	47	IRBESARTAN TAB 75MG	58
IMFINZI INJ 500/10	131	INSULIN LISP INJ JUNIOR.....	47	IRBESARTAN TAB 150MG	58
IMIPENEM/CIL INJ 250MG	131	INSULIN LISP INJ PROTAMIN	47	IRBESARTAN TAB 300MG.....	58
IMIPENEM/CIL INJ 500MG	131	INSULIN SRYG MIS 1ML/32G	107	IRESSA TAB 250MG	33
IMIPRAM HCL TAB 10MG.....	25	INSULIN SYRG MIS 0.3/29G	107	IRINOTECAN INJ 40MG/2ML	132
IMIPRAM HCL TAB 25MG.....	25	INSULIN SYRG MIS 0.3/30G	107	ISENTRESS POW 100MG	42
IMIPRAM HCL TAB 50MG.....	25	INSULIN SYRG MIS 0.3/31G.....	107	ISENTRESS TAB 400MG.....	42
IMIPRAM PAM CAP 75MG.....	26	INSULIN SYRG MIS 0.5/28G.....	107	ISIBLOOM TAB	89
IMIPRAM PAM CAP 100MG.....	26	INSULIN SYRG MIS 0.5/29G.....	107	ISOLYTE-S INJ.....	132
IMIPRAM PAM CAP 125MG.....	26	INSULIN SYRG MIS 0.5/30G	107	ISONIAZID INJ 100MG/ML	132
IMIPRAM PAM CAP 150MG.....	26	INSULIN SYRG MIS 0.5/31G.....	108	ISONIAZID SYP 50MG/5ML.....	31
IMIQUIMOD CRE 5%.....	69	INSULIN SYRG MIS 0.5/32G.....	108	ISONIAZID TAB 100MG.....	31
IMLYGIC INJ.....	131	INSULIN SYRG MIS 1ML/27G	108	ISONIAZID TAB 300MG.....	31
INATAL GT TAB	71	INSULIN SYRG MIS 1ML/28G	108	ISOPTO ATROP SOL 1% OP.....	111



ISOSO/HYDRAL TAB 20-37.5	58	JINTELI TAB 1MG-5MCG	89	KLOR-CON 10 TAB 10MEQ ER	71
ISOSORB DIN TAB 5MG	58	JOLESSA TAB	89	KLOR-CON/EF TAB 25MEQ FR.....	72
ISOSORB DIN TAB 10MG	58	JULEBER TAB	89	KLOR-CON M10 TAB 10MEQ ER	71
ISOSORB DIN TAB 20MG	58	JULUCA TAB 50-25MG.....	42	KLOR-CON M15 TAB 15MEQ ER	71
ISOSORB DIN TAB 30MG	58	JUNEL 1.5/30 TAB	89	KLOR-CON M20 TAB 20MEQ ER.....	71
ISOSORB DIN TAB 40MG	58	JUNEL 1/20 TAB.....	89	KLOR-CON PAK 20MEQ	71
ISOSORB MONO TAB 10MG.....	58	JUNEL FE 24 TAB 1/20	90	KOSHR PRENAT TAB 30-1MG.....	72
ISOSORB MONO TAB 20MG.....	58	JUNEL FE TAB 1.5/30	90	K-PRIME TAB 25MEQ EF.....	71
ISOSORB MONO TAB 30MG ER.....	58	JUNEL FE TAB 1/20	90	KRISTALOSE PAK 10GM.....	77
ISOSORB MONO TAB 60MG ER.....	58	KADCYLA INJ 100MG	132	KRISTALOSE PAK 20GM	77
ISOSORB MONO TAB 120MG ER.....	58	KADCYLA INJ 160MG	132	KURVELO TAB 0.15/30	90
ISOTRETINOIN CAP 10MG	69	KAITLIB FE CHW.....	90	KYLEENA IUD 19.5MG	90
ISOTRETINOIN CAP 20MG.....	69	KALLIGA TAB	90	KYMRIAH SUS	132
ISOTRETINOIN CAP 30MG.....	69	KANJINTI INJ 420MG	132	KYPROLIS SOL 10MG.....	132
ISOTRETINOIN CAP 40MG.....	69	KANJINTI SOL 150MG	132	LABETALOL INJ 20/4ML.....	132
ISRADIPINE CAP 2.5MG	58	KANUMA INJ 20/10ML.....	132	LABETALOL INJ 100/20ML	132
ISRADIPINE CAP 5MG	58	KARIVA TAB 28 DAY	90	LABETALOL INJ 200/200.....	132
ITRACONAZOLE CAP 100MG.....	29	KCENTRA KIT 1000UNIT	132	LABETALOL INJ NACL	133
ITRACONAZOLE SOL 10MG/ML	29	KEDBUMIN INJ 25%	132	LABETALOL TAB 100MG	58
ITRACONAZOLE SOL 100/10ML	29	KELNOR 1/50 TAB	90	LABETALOL TAB 200MG.....	58
IVERMECTIN LOT 0.5%	36	KELNOR TAB 1/35	90	LABETALOL TAB 300MG.....	58
IVERMECTIN TAB 3MG	36	KENALOG-40 INJ 40MG/ML	132	LACOSAMIDE SOL 10MG/ML	21
JAIMIESS TAB	89	KENALOG-80 INJ	132	LACOSAMIDE SOL 50/5ML.....	21
JAKAFI TAB 5MG	33	KENGREAL SOL 50MG.....	132	LACOSAMIDE SOL 100/10ML.....	21
JAKAFI TAB 10MG	33	KEPIVANCE INJ 6.25MG	132	LACOSAMIDE SOL 150/15ML.....	21
JAKAFI TAB 15MG	33	KEPPRA INJ 500/5ML	132	LACOSAMIDE SOL 200/20ML	21
JAKAFI TAB 20MG.....	33	KETOCONAZOLE CRE 2%	29	LACOSAMIDE TAB 50MG.....	21
JAKAFI TAB 25MG	33	KETOCONAZOLE SHA 2%	29	LACOSAMIDE TAB 100MG.....	21
JANTOVEN TAB 1MG	51	KETOCONAZOLE TAB 200MG	29	LACOSAMIDE TAB 150MG.....	21
JANTOVEN TAB 2.5MG	51	KETO-DIASTIX TES.....	108	LACOSAMIDE TAB 200MG.....	21
JANTOVEN TAB 2MG	51	KETOPROFEN CAP 25MG.....	11	LACTULOSE PAK 10GM	77
JANTOVEN TAB 3MG	51	KETOPROFEN CAP 50MG.....	11	LACTULOSE SOL 10GM/15.....	77, 78
JANTOVEN TAB 4MG	51	KETOPROFEN CAP 75MG.....	11	LACTULOSE SOL 20/30ML.....	78
JANTOVEN TAB 5MG	51	KETOPROFEN CAP 200MG ER	11	LAGEVRIO CAP 200MG.....	109
JANTOVEN TAB 6MG	51	KETOROLAC INJ 15MG/ML	132	LAMIVUDINE SOL 10MG/ML	42
JANTOVEN TAB 7.5MG	51	KETOROLAC INJ 30MG/ML.....	132	LAMIVUDINE TAB 100MG	42
JANTOVEN TAB 10MG	51	KETOROLAC INJ 60MG/2ML.....	132	LAMIVUDINE TAB 150MG.....	42
JARDIANCE TAB 10MG.....	47	KETOROLAC SOL 0.4%	111	LAMIVUDINE TAB 300MG	42
JARDIANCE TAB 25MG.....	47	KETOROLAC SOL 0.5%	111	LAMIVUD/ZIDO TAB 150-300.....	42
JASMIEL TAB 3-0.02MG.....	89	KETOROLAC TAB 10MG.....	11	LAMOTRIGINE CHW 5MG	21
JELMYTO INJ 40MG X 2	132	KEYTRUDA INJ 100MG/4M.....	132	LAMOTRIGINE CHW 25MG.....	21
JEMPERLI SOL 500/10ML	132	KEYTRUDA SOL 50MG.....	132	LAMOTRIGINE KIT ODT.....	21
JENCYCLA TAB 0.35MG	89	KHAPZORY SOL 175MG	132	LAMOTRIGINE KIT START 35	22
JENTADUETO TAB 2.5-500.....	47	KHAPZORY SOL 300MG.....	132	LAMOTRIGINE KIT START 49	22
JENTADUETO TAB 2.5-850.....	47	KIMYRSA INJ 1200MG	132	LAMOTRIGINE KIT START 98	22
JENTADUETO TAB 2.5-1000.....	47	KINRIX INJ	102	LAMOTRIGINE TAB 25MG.....	22
JENTADUETO TAB XR.....	47	KLOR-CON 8 TAB 8MEQ ER	71	LAMOTRIGINE TAB 25MG ODT	22



LAMOTRIGINE TAB 50MG ODT.....	22	LESSINA TAB.....	90	LEVOFLOXACIN SOL 1.5%	111
LAMOTRIGINE TAB 100MG.....	22	LETROZOLE TAB 2.5MG.....	33	LEVOFLOXACIN SOL 25MG/ML.....	18
LAMOTRIGINE TAB 150MG.....	22	LEUCOVOR CA INJ 50MG	133	LEVOFLOXACIN TAB 250MG	18
LAMOTRIGINE TAB 200MG	22	LEUCOVOR CA INJ 100MG	133	LEVOFLOXACIN TAB 500MG	18
LAMOTRIG ODT KIT 25/50MG.....	21	LEUCOVOR CA INJ 200MG	133	LEVOFLOXACIN TAB 750MG	18
LAMOTRIG ODT KIT 50/100MG.....	21	LEUCOVOR CA INJ 350MG	133	LEVOFLOX/D5W INJ 250/50ML.....	133
LAMOTRIG ODT TAB 100MG.....	21	LEUCOVOR CA TAB 5MG.....	33	LEVOFLOX/D5W INJ 500/100M.....	133
LANCET DEVIC MIS ADJUST.....	45	LEUCOVOR CA TAB 10MG.....	33	LEVOFLOX/D5W INJ 750/150	133
LANCETS MIS	45	LEUCOVOR CA TAB 15MG.....	33	LEVOLEUCOVOR INJ 175/17.5.....	133
LANOXIN INJ 0.5/2ML.....	133	LEUCOVOR CA TAB 25MG.....	33	LEVOLEUCOVOR INJ 175MG.....	133
LANOXIN PED INJ 0.1MG/ML.....	133	LEUCOVORIN INJ 100/10ML.....	133	LEVOLEUCOVOR SOL 250MG/25...	133
LANSOPR/AMOX PAK /CLARITH.....	78	LEUCOVORIN INJ 500/50ML	133	LEVONEST TAB.....	90
LANSOPRAZOLE CAP 15MG DR	78	LEUCOVORIN INJ CALCIUM	133	LEVONOR/ETHI TAB	90
LANSOPRAZOLE CAP 30MG DR	78	LEUKERAN TAB 2MG.....	33	LEVONOR/ETHI TAB 0.1-0.02.....	90
LANTHANUM CHW 500MG.....	72	LEUKINE INJ 250MCG	51	LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO.....	90
LANTHANUM CHW 750MG.....	72	LEUKINE INJ 500 MCG	133	LEVONORGESTR TAB 1.5MG	91
LANTHANUM CHW 1000MG	72	LEUPROLIDE INJ 1MG/0.2	99	LEVORA-28 TAB 0.15/30	91
LARIN 24 TAB FE 1/20.....	90	LEUPROLIDE INJ 14 DAY	99	LEVORPHANOL TAB 2MG.....	11
LARIN FE TAB 1.5/30.....	90	LEUPROLIDE KIT 1MG/0.2	99	LEVORPHANOL TAB 3MG.....	11
LARIN FE TAB 1/20.....	90	LEUPROLIDE KIT 14 DAY	99	LEVOTHYROXIN INJ 100/5ML	133
LARIN TAB 1.5/30	90	LEVALBUTEROL NEB 0.31MG	117	LEVOTHYROXIN INJ 200/5ML	133
LARIN TAB 1/20	90	LEVALBUTEROL NEB 0.63MG.....	117	LEVOTHYROXIN INJ 500/5ML	133
LARISSIA TAB	90	LEVALBUTEROL NEB 1.25/0.5	117	LEVOTHYROXIN TAB 25MCG	97
LARTRUVO INJ 10MG/ML.....	133	LEVALBUTEROL NEB 1.25MG.....	117	LEVOTHYROXIN TAB 50MCG	97
LARTRUVO INJ 190/19ML.....	133	LEVEMIR INJ	47	LEVOTHYROXIN TAB 75MCG	97
LASTACAFT SOL 0.25%.....	111	LEVEMIR INJ FLEXPEN.....	47	LEVOTHYROXIN TAB 88MCG	97
LATANOPROST SOL 0.005%.....	111	LEVEMIR INJ FLEXTOUC.....	48	LEVOTHYROXIN TAB 100MCG.....	96
LAYOLIS FE CHW.....	90	LEVETIRACETA INJ 5MG/ML.....	133	LEVOTHYROXIN TAB 112MCG.....	96
LEDIP-SOFOSB TAB 90-400MG	42	LEVETIRACETA INJ 10MG/ML.....	133	LEVOTHYROXIN TAB 125MCG	96
LEENA TAB	90	LEVETIRACETA INJ 15MG/ML.....	133	LEVOTHYROXIN TAB 137MCG	96
LEFLUNOMIDE TAB 10MG	102	LEVETIRACETA SOL 100MG/ML	22	LEVOTHYROXIN TAB 150MCG.....	96
LEFLUNOMIDE TAB 20MG	102	LEVETIRACETA SOL 500/5ML.....	22	LEVOTHYROXIN TAB 175MCG	97
LEMTRADA INJ 12/1.2ML.....	133	LEVETIRACETA TAB 250MG.....	22	LEVOTHYROXIN TAB 200MCG.....	97
LENALIDOMIDE CAP 2.5MG	33	LEVETIRACETA TAB 500MG.....	22	LEVOTHYROXIN TAB 300MCG.....	97
LENALIDOMIDE CAP 5MG	33	LEVETIRACETA TAB 500MG ER.....	22	LEVO-T TAB 25MCG	96
LENALIDOMIDE CAP 10MG	33	LEVETIRACETA TAB 750MG	22	LEVO-T TAB 50MCG	96
LENALIDOMIDE CAP 15MG	33	LEVETIRACETA TAB 750MG ER.....	22	LEVO-T TAB 75MCG	96
LENALIDOMIDE CAP 20MG	33	LEVETIRACETA TAB 1000MG.....	22	LEVO-T TAB 88MCG.....	96
LENALIDOMIDE CAP 25MG	33	LEVETIRACETM INJ 500/5ML	133	LEVO-T TAB 100MCG.....	96
LENVIMA CAP 4MG.....	33	LEVOBUNOLOL SOL 0.5% OP	111	LEVO-T TAB 112MCG	96
LENVIMA CAP 8 MG.....	33	LEVOCARNITIN SOL 1GM/10ML.....	72	LEVO-T TAB 125MCG	96
LENVIMA CAP 10 MG.....	33	LEVOCARNITIN TAB 330MG.....	72	LEVO-T TAB 137MCG	96
LENVIMA CAP 12MG.....	33	LEVOCETIRIZI SOL 2.5/5ML	117	LEVO-T TAB 150MCG.....	96
LENVIMA CAP 14 MG.....	33	LEVOCETIRIZI TAB 5MG.....	117	LEVO-T TAB 175MCG	96
LENVIMA CAP 18 MG.....	33	LEVO-ETH EST TAB 90-20MCG.....	90	LEVO-T TAB 200 MCG.....	96
LENVIMA CAP 20 MG.....	33	LEVOFLOXACIN INJ 25MG/ML.....	133	LEVO-T TAB 300 MCG.....	96
LENVIMA CAP 24 MG.....	33	LEVOFLOXACIN SOL 0.5%	111	LEVOXYL TAB 25MCG	97

LEVOXYL TAB 50MCG	97	LISINOP/HCTZ TAB 20-12.5.....	58	LOXAPINE CAP 5MG	38
LEVOXYL TAB 75MCG	97	LISINOP/HCTZ TAB 20-25MG	59	LOXAPINE CAP 10MG	38
LEVOXYL TAB 88MCG	97	LISINOPRIL TAB 2.5MG	59	LOXAPINE CAP 25MG.....	38
LEVOXYL TAB 100MCG	97	LISINOPRIL TAB 5MG	59	LOXAPINE CAP 50MG.....	38
LEVOXYL TAB 112MCG.....	97	LISINOPRIL TAB 10MG	59	LO-ZUMANDIMI TAB 3-0.02MG	91
LEVOXYL TAB 125MCG	97	LISINOPRIL TAB 20MG	59	LUBIPROSTONE CAP 8MCG	78
LEVOXYL TAB 137MCG	97	LISINOPRIL TAB 30MG	59	LUBIPROSTONE CAP 24MCG	78
LEVOXYL TAB 150MCG	97	LISINOPRIL TAB 40MG	59	LUCENTIS INJ 0.3MG.....	133
LEVOXYL TAB 175MCG	97	LITHIUM CARB CAP 150MG	44	LUCENTIS INJ 0.5MG.....	133
LEVOXYL TAB 200MCG.....	97	LITHIUM CARB CAP 300MG	44	LULICONAZOLE CRE 1%.....	29
LEXIVA SUS 50MG/ML	42	LITHIUM CARB CAP 600MG	45	LUMIGAN SOL 0.01%	112
LIBTAYO INJ 350/7ML.....	133	LITHIUM CARB TAB 300MG.....	45	LUMIZYME INJ 50MG.....	133
LIDOCAIN/D5W INJ 4MG/ML.....	133	LITHIUM CARB TAB 300MG ER.....	45	LUMOXITI SOL 1MG	133
LIDOCAIN/D5W INJ 8MG/ML	133	LITHIUM CARB TAB 450MG ER.....	45	LUPR DEP-PED INJ 3M 30MG.....	134
LIDOCAINE CRE TETRACAI.....	14	LITHOSTAT TAB 250MG.....	80	LUPR DEP-PED INJ 11.25MG	133
LIDOCAINE GEL 2% JELLY	14	LOJAIMIESS TAB	91	LUPR DEP-PED INJ 15MG	134
LIDOCAINE INJ 0.5%	133	LOKELMA PAK 5GM.....	72	LUPRON DEPOT INJ 3.75MG	134
LIDOCAINE INJ 1%	133	LOKELMA PAK 10GM.....	72	LUPRON DEPOT INJ 7.5MG	134
LIDOCAINE INJ 1.5%	133	LO LOESTRIN TAB 1-10-10.....	91	LUPRON DEPOT INJ 11.25MG	134
LIDOCAINE INJ 2%	133	LOPERAMIDE CAP 2MG.....	78	LUPRON DEPOT INJ 22.5MG.....	134
LIDOCAINE INJ 4%	133	LOPIN/RITON SOL 80-20/ML.....	42	LUPRON DEPOT INJ 30MG.....	134
LIDOCAINE OIN 5%	14	LOPIN/RITON TAB 100-25MG.....	42	LUPRON DEPOT INJ 45MG.....	134
LIDOCAINE PAD 5%	14	LOPIN/RITON TAB 200-50MG.....	42	LURASIDONE TAB 20MG	38
LIDOCAINE SOL 2% ORAL.....	14	LOPRESSOR INJ 5MG/5ML	133	LURASIDONE TAB 40MG	38
LIDOCAINE SOL 2% VISC.....	14	LORAZEPAM CON 2MG/ML	44	LURASIDONE TAB 60MG	38
LIDOCAINE SOL 4%.....	14	LORAZEPAM INJ 2MG/ML.....	133	LURASIDONE TAB 80MG	38
LIDOCA/TETRA CRE 7/7%.....	14	LORAZEPAM INJ 4MG/ML.....	133	LURASIDONE TAB 120MG	38
LIDO/DEXTROS INJ 5-7.5%	133	LORAZEPAM TAB 0.5MG.....	44	LUTATHERA SOL 370MBQ.....	134
LIDO/EPI INJ 1.5%.....	133	LORAZEPAM TAB 1MG.....	44	LUTERA TAB.....	91
LIDO/PRILOCN CRE 2.5-2.5%.....	14	LORAZEPAM TAB 2MG.....	44	LUXTURNA SUS.....	134
LILETTA IUD 52MG.....	91	LORBRENA TAB 25MG	34	LYLEQ TAB 0.35MG	91
LILLOW TAB 0.15/30.....	91	LORBRENA TAB 100MG	33	LYLLANA DIS 0.1MG.....	91
LINCOCIN INJ 300MG/ML.....	133	LORTAB ELX 10-300MG	11	LYLLANA DIS 0.05MG	91
LINCOMYCIN INJ 300MG/ML	133	LORYNA TAB 3-0.02MG.....	91	LYLLANA DIS 0.025MG	91
LINDANE SHA 1%	36	LOSARTAN/HCT TAB 50-12.5	59	LYLLANA DIS 0.075MG	91
LINEZOLID INJ 2MG/ML.....	133	LOSARTAN/HCT TAB 100-12.5	59	LYLLANA DIS 0.0375MG.....	91
LINEZOLID SUS 100/5ML	18	LOSARTAN/HCT TAB 100-25	59	LYSODREN TAB 500MG	99
LINEZOLID TAB 600MG	18	LOSARTAN POT TAB 25MG	59	LYZA TAB 0.35MG	91
LINZESS CAP 72MCG	78	LOSARTAN POT TAB 50MG	59	MAFENIDE ACE PAK 5%.....	18
LINZESS CAP 145MCG	78	LOSARTAN POT TAB 100MG	59	MAG CITRATE SOL LEMON	78
LINZESS CAP 290MCG.....	78	LOTEMAX OIN 0.5%	111	MAGNESIUM SU INJ 50%.....	134
LIORESAL INT INJ 40MG/20	133	LOTEMAX SM GEL 0.38%.....	111	MAGNESIUM SU INJ 80MG/ML.....	134
LIOTHYRONINE INJ 10MCG/ ML	133	LOTEPREDNOL SUS 0.5%.....	112	MAKENA INJ 250MG/ML.....	134
LIOTHYRONINE TAB 5MCG	97	LOVASTATIN TAB 10MG	59	MAKENA INJ 275MG	134
LIOTHYRONINE TAB 25MCG	97	LOVASTATIN TAB 20MG	59	MALATHION LOT 0.5%.....	36
LIOTHYRONINE TAB 50MCG.....	97	LOVASTATIN TAB 40MG	59	MAPROTILINE TAB 25MG	26
LISINOP/HCTZ TAB 10-12.5.....	58	LOW-OGESTREL TAB.....	91	MAPROTILINE TAB 50MG	26



MAPROTILINE TAB 75MG	26	MEMANTINE TAB 10MG	24	METHOCARBAM TAB 500MG	120
MARAVIROC TAB 150MG	42	MEMANTINE TAB HCL 5MG	24	METHOCARBAM TAB 750MG	120
MARAVIROC TAB 300MG.....	42	MEMANTINE TAB HCL 10MG	24	METHOTREXATE INJ 1GM	102
MARCAINE/EPI INJ 0.5%	134	MEMANT TITRA PAK 5-10MG	24	METHOTREXATE INJ 1GM/40ML....	102
MARCAINE/EPI INJ 0.25%.....	134	MENACTRA INJ.....	102	METHOTREXATE INJ 25MG/ML.....	102, 103
MARCAINE INJ 0.5%	134	MENQUADFI INJ	102	METHOTREXATE INJ 50MG/2ML....	103
MARCAINE INJ 0.25%	134	MENTAX CRE 1%.....	29	METHOTREXATE INJ 100/4ML	134
MARCAINE INJ 0.75%.....	134	MENVEO INJ.....	102	METHOTREXATE INJ 200/8ML.....	134
MARGENZA INJ 250/10ML.....	134	MENVEO SOL.....	102	METHOTREXATE INJ 250/10ML.....	102
MARLISSA TAB 0.15/30	91	MEPERIDINE INJ 10MG/ML	134	METHOTREXATE TAB 2.5MG	103
MARPLAN TAB 10MG	26	MEPERIDINE INJ 25MG/ML	134	METHOXSALEN CAP 10MG	69
MASK VORTEX/ MIS FROG	108	MEPERIDINE INJ 50MG/ML	134	METHSCOPOLAM TAB 2.5MG	78
MATULANE CAP 50MG.....	34	MEPERIDINE INJ 100MG/ML	134	METHSCOPOLAM TAB 5MG	78
MATZIM LA TAB 180MG/24.....	59	MEPROBAMATE TAB 200MG	44	METHSUXIMIDE CAP 300MG	22
MATZIM LA TAB 240MG/24.....	59	MEPROBAMATE TAB 400MG	44	METHYLD/HCTZ TAB 250/15.....	59
MATZIM LA TAB 300MG/24	59	MEPSEVII INJ 10MG/5ML.....	134	METHYLD/HCTZ TAB 250/25	59
MATZIM LA TAB 360MG/24	59	MERCAPTOPUR TAB 50MG.....	34	METHYLDOPA TAB 250MG.....	59
MATZIM LA TAB 420MG/24.....	59	MEROPENEM INJ 1GM	134	METHYLDOPA TAB 500MG.....	59
MAXICOMFORT MIS 27GX1/2	108	MEROPENEM INJ 500MG.....	134	METHYLERGON TAB 0.2MG.....	108
MAXICOMFORT MIS 27GX1/2”.....	108	MERREM INJ 1GM.....	134	METHYLPHENID SOL 5MG/5ML.....	67
MAXIDEX SUS 0.1% OP.....	112	MERREM INJ 500MG	134	METHYLPHENID SOL 10MG/5ML.....	67
MAXIPIME INJ 1GM	134	MERZEE CAP 1/20.....	91	METHYLPHENID TAB 5MG	67
MAXIPIME INJ 2GM.....	134	MESALAMINE CAP 0.375GM	105	METHYLPHENID TAB 10MG	67
MECLIZINE TAB 25MG.....	28	MESALAMINE SUP 1000MG.....	105	METHYLPHENID TAB 18MG ER	67
MECLOFEN SOD CAP 50MG	11	METAXALONE TAB 400MG.....	120	METHYLPHENID TAB 20MG	67
MECLOFEN SOD CAP 100MG	11	METAXALONE TAB 800MG.....	120	METHYLPHENID TAB 27MG ER	67
MEDROXYPR AC INJ 150MG/ML.....	91	METFORMIN SOL 500/5ML	48	METHYLPHENID TAB 36MG ER	67
MEDROXYPR AC TAB 2.5MG.....	91	METFORMIN TAB 500MG.....	48	METHYLPHENID TAB 54MG ER	67
MEDROXYPR AC TAB 5MG.....	91	METFORMIN TAB 500MG ER.....	48	METHYLPR ACE INJ 40MG/ML.....	134
MEDROXYPR AC TAB 10MG.....	91	METFORMIN TAB 750MG ER.....	48	METHYLPR ACE INJ 80MG/ML.....	134
MEFENAM ACID CAP 250MG	11	METFORMIN TAB 850MG.....	48	METHYLPRED TAB 4MG	83
MEFLOQUINE TAB 250MG.....	36	METFORMIN TAB 1000MG.....	48	METHYLPRED TAB 8MG	83
MEFOXIN INJ 1GM/50ML	134	METHADONE CON 10MG/ML	11	METHYLPRED TAB 16MG	83
MEFOXIN INJ 2GM/50ML	134	METHADONE INJ 10MG/ML	134	METHYLPRED TAB 32MG	83
MEGESTROL AC SUS 40MG/ML.....	91	METHADONE SOL 5MG/5ML	11	METHYLPR SS INJ 40MG.....	134
MEGESTROL AC SUS 400MG/10.....	91	METHADONE SOL 10MG/5ML	11	METHYLPR SS INJ 125MG.....	134
MEGESTROL AC SUS 800MG/20.....	91	METHADONE TAB 5MG.....	11	METHYLPR SS INJ 500MG.....	134
MEGESTROL AC TAB 20MG	91	METHADONE TAB 10MG.....	11	METHYLPR SS INJ 1000MG	134
MEGESTROL AC TAB 40MG	91	METHAMPHETAM TAB 5MG.....	67	METHYLTESTOS CAP 10MG.....	91
MEGESTROL AC TAB 40MG	91	METHAZOLAMID TAB 25MG	59	METOCLOPRAM INJ 5MG/ML.....	134
MEGESTROL SUS 625MG/5M.....	91	METHAZOLAMID TAB 50MG	59	METOCLOPRAM SOL 5MG/5ML.....	28
MELOXICAM TAB 7.5MG.....	11	METHENAM HIP TAB 1GM	18	METOCLOPRAM SOL 10/10ML.....	28
MELOXICAM TAB 15MG	11	METHERGINE TAB 0.2MG.....	108	METOCLOPRAM TAB 5MG	28
MELPHALAN INJ 50MG	134	METHIMAZOLE TAB 5MG	100	METOCLOPRAM TAB 10MG	28
MELPHALAN TAB 2MG.....	34	METHIMAZOLE TAB 10MG	100	METOLAZONE TAB 2.5MG.....	59
MEMANTINE HC SOL 2MG/ML	24	METHITEST TAB 10MG.....	91	METOLAZONE TAB 5MG.....	59
MEMANTINE SOL 2MG/ML.....	24	METHOCARBAM INJ 1000MG.....	134	METOLAZONE TAB 10MG.....	59
MEMANTINE TAB 5MG	24				



METOPRL/HCTZ TAB 50-25MG	59	MIMVEY TAB 1-0.5MG.....	92	MOMETASONE SOL 0.1%.....	83
METOPRL/HCTZ TAB 100-25MG	59	MINITRAN DIS 0.1MG/HR.....	60	MOMETASONE SPR 50MCG	117
METOPRL/HCTZ TAB 100-50MG	59	MINITRAN DIS 0.2MG/HR	60	MONDOXYNE NL CAP 100MG	19
METOPROLOL INJ 5MG/5ML	134	MINITRAN DIS 0.4MG/HR	60	MONJUVI INJ 200MG.....	135
METOPROL SUC TAB 25MG ER.....	59	MINITRAN DIS 0.6MG/HR	60	MONOFERRIC INJ 1000/10.....	135
METOPROL SUC TAB 50MG ER.....	60	MINOCYCLINE CAP 50MG	19	MONO-LINYAH TAB 0.25-35.....	92
METOPROL SUC TAB 100MG ER.....	59	MINOCYCLINE CAP 75MG	19	MONTELUKAST CHW 4MG.....	117
METOPROL SUC TAB 200MG ER	59	MINOCYCLINE CAP 100MG.....	19	MONTELUKAST CHW 5MG.....	117
METOPROL TAR TAB 25MG	60	MINOXIDIL TAB 2.5MG.....	60	MONTELUKAST GRA 4MG	117
METOPROL TAR TAB 50MG	60	MINOXIDIL TAB 10MG.....	60	MONTELUKAST TAB 10MG	117
METOPROL TAR TAB 100MG	60	MIRALAX POW 3350 NF.....	78	MORPHINE SUL INJ 0.5MG/ML.....	135
METRONIDAZOL CRE 0.75%	69	MIRCERA INJ 50MCG	135	MORPHINE SUL INJ 1MG/ML.....	135
METRONIDAZOL GEL 0.75%.....	69	MIRCERA INJ 75MCG	135	MORPHINE SUL INJ 2MG/ML.....	135
METRONIDAZOL GEL 0.75% VAG	19	MIRCERA INJ 100MCG	135	MORPHINE SUL INJ 4MG/ML.....	135
METRONIDAZOL INJ 500/100	134	MIRCERA INJ 150MCG	135	MORPHINE SUL INJ 5MG/ML.....	135
METRONIDAZOL LOT 0.75%.....	69	MIRCERA INJ 200MCG.....	135	MORPHINE SUL INJ 8MG/ML.....	135
METRONIDAZOL TAB 250MG.....	19	MIRENA IUD SYSTEM	92	MORPHINE SUL INJ 150/30ML.....	135
METRONIDAZOL TAB 500MG	19	MIRTAZAPINE TAB 7.5MG.....	26	MORPHINE SUL SOL 10/0.5ML.....	11
MEXILETINE CAP 150MG	60	MIRTAZAPINE TAB 15MG.....	26	MORPHINE SUL SOL 10MG/5ML.....	12
MEXILETINE CAP 200MG.....	60	MIRTAZAPINE TAB 15MG ODT.....	26	MORPHINE SUL SOL 20MG/5ML.....	12
MEXILETINE CAP 250MG.....	60	MIRTAZAPINE TAB 30MG	26	MORPHINE SUL SOL 20MG/ML.....	12
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML.....	134	MIRTAZAPINE TAB 30MG ODT.....	26	MORPHINE SUL SOL 100/5ML.....	11
MIBELAS 24 CHW FE	92	MIRTAZAPINE TAB 45MG.....	26	MORPHINE SUL TAB 15MG	12
MICAFUNGIN INJ 50MG	134	MIRTAZAPINE TAB 45MG ODT.....	26	MORPHINE SUL TAB 15MG ER	12
MICAFUNGIN INJ 100MG	134	MISOPROSTOL TAB 100MCG	78	MORPHINE SUL TAB 30MG	12
MICONAZOLE 3 SUP 200MG.....	29	MISOPROSTOL TAB 200MCG	78	MORPHINE SUL TAB 30MG ER	12
MICRGSTIN 24 TAB FE 1/20.....	92	MITIGARE CAP 0.6MG	30	MORPHINE SUL TAB 60MG ER.....	12
MICROGESTIN TAB 1.5/30.....	92	MITIGO INJ 10MG/ML.....	135	MORPHINE SUL TAB 100MG ER	12
MICROGESTIN TAB 1/20	92	MITIGO INJ 25MG/ML.....	135	MORPHINE SUL TAB 200MG ER.....	12
MICROGESTIN TAB FE1.5/30.....	92	MITOMYCIN INJ 5MG.....	135	MORPHIN/NACL INJ 30/30ML	135
MICROGESTIN TAB FE 1/20.....	92	MITOMYCIN INJ 20MG.....	135	MOUNJARO INJ 2.5/0.5.....	48
MIDAZOLAM INJ 2MG/2ML	134	MITOMYCIN INJ 40MG.....	135	MOUNJARO INJ 5MG/0.5.....	48
MIDAZOLAM INJ 5MG/5ML	134	MITOSOL KIT 0.2MG	112	MOUNJARO INJ 7.5/0.5	48
MIDAZOLAM INJ 5MG/ML	134	MITOXANTRON INJ 2MG/ML	135	MOUNJARO INJ 10MG/0.5.....	48
MIDAZOLAM INJ 10MG/2ML	134	M-M-R II INJ	102	MOUNJARO INJ 12.5/0.5.....	48
MIDAZOLAM INJ NACL.....	135	M-NATAL PLUS TAB	72	MOUNJARO INJ 15MG/0.5.....	48
MIDAZOLAM SOL NACL.....	135	MODAFINIL TAB 100MG	121	MOXIFLOXACIN INJ 400/250	135
MIDODRINE TAB 2.5MG	60	MODAFINIL TAB 200MG	121	MOXIFLOXACIN SOL 0.5%	112
MIDODRINE TAB 5MG	60	MODERNA BIV INJ 6M-5Y	103	MOXIFLOXACIN SOL HCL 0.5%.....	112
MIDODRINE TAB 10MG	60	MODERNA INJ BIVALENT	103	MOXIFLOXACIN TAB 400MG	19
MIFEPREX TAB 200MG.....	85	MOEXIPRIL TAB 7.5MG.....	60	MULTAQ TAB 400MG	60
MIFEPRISTONE TAB 200MG.....	85	MOEXIPRIL TAB 15MG.....	60	MUPIROCIN CRE 2%.....	19
MIGERGOT SUP 2/100.....	30	MOLINDONE TAB HCL 5MG	38	MUPIROCIN OIN 2%.....	19
MIGLITOL TAB 25MG	48	MOLINDONE TAB HCL 10MG	38	MUTAMYCIN INJ 5MG.....	135
MIGLITOL TAB 50MG	48	MOLINDONE TAB HCL 25MG	38	MUTAMYCIN INJ 20MG	135
MIGLITOL TAB 100MG	48	MOMETASONE CRE 0.1%.....	83	MUTAMYCIN INJ 40MG	135
MILI TAB 0.25/35.....	92	MOMETASONE OIN 0.1%.....	83	MVASI INJ 100MG.....	135



MVASI INJ 400MG	135	NAPROXEN TAB 375MG	12	NESTABS DHA PAK.....	72
MYALEPT INJ 11.3MG	79	NAPROXEN TAB 500MG.....	12	NESTABS TAB	72
MY CHOICE TAB 1.5MG.....	92	NAPROX-ESOM TAB 375-20MG.....	12	NEULASTA INJ 6MG/0.6M.....	51
MYCOPHENOLAT CAP 250MG.....	103	NAPROX-ESOM TAB 500-20MG	12	NEULASTA KIT 6MG/0.6M	51
MYCOPHENOLAT INJ 500MG.....	135	NARATRIPTAN TAB 1MG.....	30	NEVANAC SUS 0.1%.....	112
MYCOPHENOLAT SUS 200MG/ML	103	NARATRIPTAN TAB 2.5MG.....	30	NEVANAC SUS 0.1% OP.....	112
MYCOPHENOLAT TAB 500MG	103	NARCAN SPR 4MG.....	15	NEVIRAPINE SUS 50MG/5ML.....	42
MYCOPHENOLIC TAB 180MG DR... 103		NAROPIN INJ 2MG/ML	135	NEVIRAPINE TAB 200MG	42
MYCOPHENOLIC TAB 360MG DR... 103		NAROPIN INJ 5MG/ML	135	NEW DAY TAB 1.5MG	92
MYLERAN TAB 2MG.....	34	NAROPIN INJ 7.5MG/ML	135	NEXIUM I . V . INJ 40MG	135
MYLOTARG INJ 4.5MG.....	135	NAROPIN INJ 10MG/ML	135	NEXPLANON IMP 68MG.....	92
MYORISAN CAP 10MG	69	NATACHEW CHW.....	72	NEXTERONE INJ.....	135
MYORISAN CAP 20MG	69	NATACYN SUS 5% OP.....	112	NEXTSTELLIS TAB 3-14.2MG	92
MYORISAN CAP 30MG	69	NATALVIT TAB 75-1MG.....	72	NEXVIAZYME INJ 100MG.....	135
MYORISAN CAP 40MG	69	NATAZIA TAB.....	92	NIACIN ER TAB 500MG.....	60
MYRBETRIQ SUS 8MG/ML.....	80	NATEGLINIDE TAB 60MG	48	NIACIN ER TAB 750MG.....	60
MYRBETRIQ TAB 25MG	80	NATEGLINIDE TAB 120MG	48	NIACIN ER TAB 1000MG.....	60
MYRBETRIQ TAB 50MG	80	NATPARA INJ 25MCG	106	NIACIN TAB 500MG.....	60
MY WAY TAB 1.5MG	92	NATPARA INJ 50MCG	106	NIACIN TAB 500MG ER.....	60
NABUMETONE TAB 500MG.....	12	NATPARA INJ 75MCG	106	NIACOR TAB 500MG.....	60
NABUMETONE TAB 750MG	12	NATPARA INJ 100MCG.....	106	NICARDIPINE CAP 20MG	60
NADOLOL TAB 20MG.....	60	NECON TAB 0.5/35.....	92	NICARDIPINE CAP 30MG	60
NADOLOL TAB 40MG	60	NEEDLE COLLE MIS DISPOSAL.....	108	NICARDIPINE INJ 25/10ML	135
NADOLOL TAB 80MG	60	NEFAZODONE TAB 50MG	26	NICODERM CQ DIS 7MG/24HR.....	15
NAFCILLIN INJ 1GM	135	NEFAZODONE TAB 100MG.....	26	NICODERM CQ DIS 14MG/24H	15
NAFCILLIN INJ 2GM	135	NEFAZODONE TAB 150MG.....	26	NICODERM CQ DIS 21MG/24H	15
NAFCILLIN INJ 10GM.....	135	NEFAZODONE TAB 200MG.....	26	NICORETTE GUM 2MG.....	15
NAFRINSE CHW 1MG F	72	NEFAZODONE TAB 250MG.....	26	NICORETTE GUM 4MG.....	15
NAFRINSE DRO 0.125MG	72	NEO/BAC/POLY OIN OP	112	NICORETTE LOZ 2MG MINT.....	15
NAFTIFINE CRE HCL 1%.....	29	NEOMYCIN TAB 500MG	19	NICORETTE LOZ 4MG MINT	15
NAFTIFINE CRE HCL 2%	29	NEONATAL PLS TAB 27-1MG	72	NICOTINE DIS 7MG/24HR	15
NAFTIFINE GEL 1%.....	29	NEONATAL TAB COMPLTE.....	72	NICOTINE GUM 2MG	15
NAGLAZYME INJ 1MG/ML.....	135	NEONATAL TAB PLUS.....	72	NICOTINE GUM 4MG	15
NALBUPHINE INJ 10MG/ML	135	NEO/POLY/BAC OIN /HC 1% OP	112	NICOTINE LOZ 2MG MINT	15
NALBUPHINE INJ 20MG/ML.....	135	NEO/POLY/BAC OIN OP	112	NICOTINE LOZ 4MG MINT	15
NALOXONE HCL SPR 4MG	14	NEO-POLY/CIN OIN HC 1% OP.....	112	NICOTINE SYS KIT TRANSDER	15
NALOXONE INJ 0.4MG/ML.....	14	NEO-POLY/CIN OIN OP	112	NICOTINE TD DIS 14MG/24H.....	15
NALOXONE INJ 1MG/ML.....	14	NEO/POLY/DEX OIN 0.1% OP.....	112	NICOTINE TD DIS 21MG/24H.....	15
NALOXONE INJ 2MG/2ML.....	14	NEO/POLY/DEX SUS 0.1% OP	112	NICOTROL INH.....	15
NALOXONE INJ 4MG/10ML.....	14	NEO/POLY/GRA SOL OP	112	NICOTROL NS SPR 10MG/ML.....	15
NALTREXONE TAB 50MG.....	14	NEO/POLY/HC SOL 1% OTIC	114	NIFEDIPINE CAP 10MG.....	60
NAPROXEN DR TAB 375MG.....	12	NEO/POLY/HC SUS 1% OTIC	114	NIFEDIPINE CAP 20MG.....	60
NAPROXEN DR TAB 500MG	12	NEO/POLY/HC SUS OP.....	112	NIFEDIPINE TAB 30MG ER	60
NAPROXEN SOD TAB 275MG	12	NEOSTIG METH INJ 3MG/3ML.....	135	NIFEDIPINE TAB 60MG ER	60
NAPROXEN SOD TAB 550MG.....	12	NEO-SYNALAR CRE.....	19	NIFEDIPINE TAB 90MG ER	60
NAPROXEN SUS 125/5ML.....	12	NEO-SYNALAR KIT.....	19	NIKKI TAB 3-0.02MG	92
NAPROXEN TAB 250MG.....	12	NESACAINE INJ -MPF 2%	135	NILUTAMIDE TAB 150MG	34



NIMBEX INJ 2MG/ML.....	135	NORETH/ETHIN TAB 1MG-5MCG.....	92	NUTROPIN AQ INJ NUSPIN 5.....	85
NIMODIPINE CAP 30MG.....	60	NORETH/ETHIN TAB FE.....	92	NUZYRA INJ 100MG.....	136
NIPRIDE RTU INJ 20/100ML.....	135	NORETH/ETHIN TAB FE 1/20.....	92	NUZYRA TAB 150MG.....	19
NIPRIDE RTU INJ 50/100ML.....	136	NORETHIN ACE TAB 5MG.....	93	NYAMYC POW 100000.....	29
NISOLDIPINE TAB 8.5MG ER.....	61	NORETHINDRON TAB 0.35MG.....	93	NYLIA TAB 1/35.....	93
NISOLDIPINE TAB 17MG ER.....	60	NORGEST/ETHI TAB 0.25/35.....	93	NYLIA TAB 7/7/7.....	93
NISOLDIPINE TAB 20MG ER.....	61	NORGEST/ETHI TAB ESTRADIO.....	93	NYMALIZE SOL.....	61
NISOLDIPINE TAB 25.5MG.....	61	NORLYDA TAB 0.35MG.....	93	NYMYO TAB 0.25-35.....	93
NISOLDIPINE TAB 30MG ER.....	61	NORLYROC TAB 0.35MG.....	93	NYSTATIN CRE 100000.....	29
NISOLDIPINE TAB 34MG ER.....	61	NORMOSOL-R INJ PH 7.4.....	136	NYSTATIN OIN 100000.....	29
NISOLDIPINE TAB 40MG ER.....	61	NORPACE CAP 100MG CR.....	61	NYSTATIN OIN 100000U.....	29
NITAZOXANIDE TAB 500MG.....	36	NORPACE CAP 150MG CR.....	61	NYSTATIN POW 100000.....	29
NITRO-BID OIN 2%.....	61	NORTREL TAB 0.5/35.....	93	NYSTATIN SUS 100000.....	29
NITRO-DUR DIS 0.3MG/HR.....	61	NORTREL TAB 1/35.....	93	NYSTATIN TAB 500000.....	29
NITRO-DUR DIS 0.8MG/HR.....	61	NORTREL TAB 7/7/7.....	93	NYSTAT/TRIAM CRE.....	29
NITROFURANTN CAP 100MG.....	19	NORTRIPTYLIN CAP 10MG.....	26	NYSTAT/TRIAM OIN.....	29
NITROFURANTN SUS 25MG/5ML.....	19	NORTRIPTYLIN CAP 25MG.....	26	NYSTOP POW 100000.....	29
NITROFUR MAC CAP 25MG.....	19	NORTRIPTYLIN CAP 50MG.....	26	OB COMPLETE/ CAP DHA.....	72
NITROFUR MAC CAP 50MG.....	19	NORTRIPTYLIN CAP 75MG.....	26	OB COMPLETE CAP ONE.....	72
NITROFUR MAC CAP 100MG.....	19	NORTRIPTYLIN SOL 10MG/5ML.....	26	OB COMPLETE CAP PETITE.....	72
NITROGLYCER DIS 0.1MG/HR.....	61	NORVIR POW 100MG.....	42	OB COMPLETE TAB.....	72
NITROGLYCER DIS 0.2MG/HR.....	61	NORVIR SOL 80MG/ML.....	42	OB COMPLETE TAB PREMIER.....	72
NITROGLYCER DIS 0.4MG/HR.....	61	NOVAVAX VAC INJ COVID-19.....	103	OBSTETRIX EC TAB.....	72
NITROGLYCER DIS 0.6MG/HR.....	61	NOVOFINE AUT MIS 30GX8MM.....	108	OBSTETRIX MIS DHA.....	72
NITROGLYCER INJ 5MG/ML.....	136	NOVOFINE MIS 32GX6MM.....	108	OBSTETRX ONE CAP 38-1-225.....	72
NITROGLYCERI SUB 0.6MG.....	61	NOVOFINE PLS MIS 32GX4MM.....	108	OCELLA TAB 3-0.03MG.....	93
NITROGLYCERN SUB 0.3MG.....	61	NOVOPEN ECHO MIS.....	45	OCREVUS INJ 300/10ML.....	136
NITROGLYCERN SUB 0.4MG.....	61	NOVOTWIST MIS 32GX5MM.....	108	OCTAGAM INJ 1GM.....	136
NITROGLY/D5W INJ 25MG.....	136	NOXAFIL INJ 300/16.7.....	136	OCTAGAM INJ 2.5GM.....	136
NITROGLY/D5W INJ 50MG.....	136	NPLATE INJ 125MCG.....	136	OCTAGAM INJ 2GM/20ML.....	136
NITROGLY/D5W INJ 100MG.....	136	NP THYROID TAB 15MG.....	97	OCTAGAM INJ 5GM.....	136
NITROGLY/D5W INJ 200MG.....	136	NP THYROID TAB 30MG.....	97	OCTAGAM INJ 5GM/50ML.....	136
NITROMIST AER 400MCG.....	61	NP THYROID TAB 60MG.....	97	OCTAGAM INJ 10/100ML.....	136
NIVA-PLUS TAB.....	72	NP THYROID TAB 90MG.....	97	OCTAGAM INJ 10GM.....	136
NIZATIDINE SOL 15MG/ML.....	78	NP THYROID TAB 120MG.....	97	OCTAGAM INJ 20/200ML.....	136
NOCDURNA SUB 27.7MCG.....	85	NUBEQA TAB 300MG.....	34	OCTAGAM INJ 25GM.....	136
NOCDURNA SUB 55.3MCG.....	85	NUCALA INJ 100MG.....	136	OCTAGAM INJ 30/300ML.....	136
NOLIX LOT 0.05%.....	83	NUCYNTA ER TAB 50MG.....	12	OCTREOTIDE INJ 50MCG/ML.....	99
NORA-BE TAB 0.35MG.....	92	NUCYNTA ER TAB 100MG.....	12	OCTREOTIDE INJ 100MCG.....	99
NORE/ETH/FER CAP 1/20.....	92	NUCYNTA ER TAB 150MG.....	12	OCTREOTIDE INJ 200MCG.....	99
NORE/ETH/FER CHW 0.4MG-35.....	92	NUCYNTA ER TAB 200MG.....	12	OCTREOTIDE INJ 500MCG.....	99
NOR/EST/FF TAB 1.5/30.....	92	NUCYNTA ER TAB 250MG.....	12	OCTREOTIDE INJ 1000MCG.....	99
NORETH/ETHIN CHW FE.....	92	NULIBRY INJ 9.5MG.....	136	ODEFSEY TAB.....	42
NORETH/ETHIN CHW FE 1/20.....	92	NULOJIX INJ 250MG.....	136	OFLOXACIN DRO 0.3% OP.....	112
NORETH/ETHIN TAB 0.5-2.5.....	92	NUMBRINO SOL 40MG/ML.....	136	OFLOXACIN DRO 0.3% OTIC.....	114
NORETH/ETHIN TAB 1.5/30.....	92	NUTROPIN AQ INJ 10MG/2ML.....	85	OFLOXACIN TAB 300MG.....	19
NORETH/ETHIN TAB 1/20.....	92	NUTROPIN AQ INJ 20MG/2ML.....	85	OFLOXACIN TAB 400MG.....	19



OGIVRI INJ 150MG	136	ONETOUCH SOL ULT CONT	45	OTOVEL DRO	114
OGIVRI INJ 420MG	136	ONETOUCH SOL VERIO	45	OXACILLIN INJ 1GM	136
OLANZA/FLUOX CAP 3-25MG	26	ONETOUCH SOL VERIO-HI	45	OXACILLIN INJ 2GM	136
OLANZA/FLUOX CAP 6-25MG	26	ONETOUCH TES ULTRA	45	OXACILLIN INJ 10GM	136
OLANZA/FLUOX CAP 6-50MG	26	ONETOUCH TES VERIO	45	OXALIPLATIN INJ 200MG	136
OLANZA/FLUOX CAP 12-25MG	26	ONE VITE TAB 1MG PLUS	72	OXANDROLONE TAB 2.5MG	93
OLANZA/FLUOX CAP 12-50MG	26	ONIVYDE INJ 4.3MG/ML	136	OXANDROLONE TAB 10MG	93
OLANZAPINE INJ 10MG	136	ONPATTRO SOL 10MG/5ML	136	OXAPROZIN TAB 600MG	12
OLANZAPINE TAB 2.5MG	38	ONTRUZANT INJ 150MG	136	OXAZEPAM CAP 10MG	44
OLANZAPINE TAB 5MG	39	ONTRUZANT INJ 420MG	136	OXAZEPAM CAP 15MG	44
OLANZAPINE TAB 5MG ODT	39	OPCICON TAB 1.5MG	93	OXAZEPAM CAP 30MG	44
OLANZAPINE TAB 7.5MG	39	OPDIVO INJ 40MG/4ML	136	OXCARBAZEPIN SUS 300MG/5M	22
OLANZAPINE TAB 10MG	38	OPDIVO INJ 100MG/10	136	OXCARBAZEPIN TAB 150MG	22
OLANZAPINE TAB 10MG ODT	38	OPDIVO INJ 120MG/12	136	OXCARBAZEPIN TAB 300MG	22
OLANZAPINE TAB 15MG	38	OPDIVO INJ 240/24	136	OXCARBAZEPIN TAB 600MG	22
OLANZAPINE TAB 15MG ODT	38	OPIUM TIN 10MG/ML	78	OXICONAZOLE CRE NITRATE	29
OLANZAPINE TAB 20MG	39	OPSUMIT TAB 10MG	117	OXLUMO INJ 94.5/0.5	136
OLANZAPINE TAB 20MG ODT	39	OPTION 2 TAB 1.5MG	93	OXYBUTYNIN SOL 5MG/5ML	80
OLINVYK SOL 1MG/ML	136	ORALONE DENT PST 0.1%	67	OXYBUTYNIN SYP 5MG/5ML	80
OLINVYK SOL 2MG/2ML	136	ORBACTIV SOL 400MG	136	OXYBUTYNIN TAB 5MG	80
OLINVYK SOL 30MG/30	136	ORENCIA INJ 250MG	136	OXYBUTYNIN TAB 5MG ER	80
OLMESA MEDOX TAB 5MG	61	ORENITRAM TAB 0.25MG	117	OXYBUTYNIN TAB 10MG ER	80
OLMESA MEDOX TAB 20MG	61	ORENITRAM TAB 0.125MG	117	OXYBUTYNIN TAB 15MG ER	80
OLMESA MEDOX TAB 40MG	61	ORENITRAM TAB 1MG	117	OXYCOD/APAP TAB 2.5-325	12
OLOPATADINE DRO 0.1%	112	ORENITRAM TAB 2.5MG	117	OXYCOD/APAP TAB 5-325MG	12
OLOPATADINE SPR 0.6%	117	ORENITRAM TAB 5MG	117	OXYCOD/APAP TAB 7.5-325	12
OLUMIANT TAB 1MG	103	ORENITRAM TAB 5MG	117	OXYCOD/APAP TAB 10-325MG	12
OLUMIANT TAB 2MG	103	ORENITRAM TAB MONTH 1	117	OXYCOD/ASA TAB	12
OLUMIANT TAB 4MG	103	ORENITRAM TAB MONTH 2	117	OXYCODONE CAP 5MG	12
OMEGAVEN INJ 5GM/50ML	136	ORENITRAM TAB MONTH 3	117	OXYCODONE CAP HCL 5MG	12
OMEPRAZOLE CAP 10MG	78	ORILISSA TAB 150MG	99	OXYCODONE CAP 100/5ML	12
OMEPRAZOLE CAP 20MG	78	ORILISSA TAB 200MG	99	OXYCODONE CON 100/5ML	12
OMEPRAZOLE CAP 40MG	78	ORKAMBI GRA 75-94MG	118	OXYCODONE SOL 5MG/5ML	12
OMIDRIA INJ 1-0.3%	136	ORKAMBI GRA 100-125	117	OXYCODONE TAB 5MG	13
OMNIFLEX DPR	108	ORKAMBI GRA 150-188	118	OXYCODONE TAB 10MG	12
ONDANSETRON INJ 4MG/2ML	136	ORKAMBI TAB 100-125	118	OXYCODONE TAB 15MG	12
ONDANSETRON INJ 40/20ML	136	ORKAMBI TAB 200-125	118	OXYCODONE TAB 20MG	12
ONDANSETRON SOL 4MG/5ML	28	ORPHENADRINE INJ 30MG/ML	136	OXYCODONE TAB 30MG	13
ONDANSETRON TAB 4MG	28	ORPHENADRINE TAB 100MG ER	120	OXYMORPHONE TAB 5MG ER	13
ONDANSETRON TAB 4MG ODT	28	ORSYTHIA TAB	93	OXYMORPHONE TAB 7.5MG ER	13
ONDANSETRON TAB 8MG	28	OSELTAMIVIR CAP 30MG	42	OXYMORPHONE TAB 10MG ER	13
ONDANSETRON TAB 8MG ODT	28	OSELTAMIVIR CAP 45MG	42	OXYMORPHONE TAB 15MG ER	13
ONDANSETRON TAB 24MG	28	OSELTAMIVIR CAP 75MG	42	OXYMORPHONE TAB 20MG ER	13
ONETOUCH KIT ULTRA 2	45	OSELTAMIVIR SUS 6MG/ML	42	OXYMORPHONE TAB 30MG ER	13
ONETOUCH KIT VERIO	45	OSMOPREP TAB 1.5GM	78	OXYMORPHONE TAB 40MG ER	13
ONE TOUCH KIT VERIO FL	45	OSPHENA TAB 60MG	93	OXYMORPHONE TAB HCL 5MG	13
ONETOUCH KIT VERIO RE	45	OTEZLA TAB 10/20/30	103	OXYMORPHONE TAB HCL 10MG	13
		OTEZLA TAB 30MG	103	OXYTOCIN INJ 10UNT/ML	136



OZEMPIC INJ 2/1.5ML.....	48	PAROXETINE TAB 40MG	26	PERINDOPRIL TAB 8MG.....	61
OZEMPIC INJ 2MG/3ML	48	PARSABIV INJ 2.5-0.5	137	PERIOGARD SOL 0.12%.....	67
OZEMPIC INJ 4MG/3ML	48	PARSABIV INJ 5MG/ML.....	137	PERMETHRIN CRE 5%.....	36
OZEMPIC INJ 8MG/3ML	48	PARSABIV INJ 10MG/2ML.....	137	PERPHEN/AMIT TAB 2-10MG.....	26
PACLITAXEL INJ 300/50ML.....	136	PASER GRA 4GM.....	31	PERPHEN/AMIT TAB 2-25MG	26
PADCEV INJ 20MG	136	PAXLOVID TAB 150-100	109	PERPHEN/AMIT TAB 4-10MG.....	27
PADCEV INJ 30MG	136	PAXLOVID TAB 300-100	109	PERPHEN/AMIT TAB 4-25MG	27
PALIPERIDONE TAB ER 1.5MG.....	39	PEDIARIX INJ 0.5ML	103	PERPHEN/AMIT TAB 4-50MG	27
PALIPERIDONE TAB ER 3MG.....	39	PEDVAX HIB INJ.....	103	PERPHENAZINE TAB 2MG	28
PALIPERIDONE TAB ER 6MG.....	39	PEG-3350/KCL SOL /SODIUM.....	78	PERPHENAZINE TAB 4MG	28
PALIPERIDONE TAB ER 9MG.....	39	PEG-3350 SOL ELECTROL.....	78	PERPHENAZINE TAB 8MG	28
PALONOSETRON INJ 0.25/2ML	137	PEGASYS INJ	42	PERPHENAZINE TAB 16MG	28
PALONOSETRON INJ 0.25MG/5	137	PEGASYS INJ 180MCG/M	42	PERSERIS INJ 90MG.....	137
PALONOSETRON SOL 0.25/5ML	137	PEGINTRON KIT 50MCG	42	PERSERIS INJ 120MG.....	137
PAMIDRONATE INJ 6MG/ML	137	PEG/NASUL/C/ SOL NACL/POT.....	78	PFIZER BIVAL INJ 5-11Y	103
PAMIDRONATE INJ 30/10ML	137	PENCICLOVIR CRE 1%.....	42	PFIZER BIVAL INJ 6M-4Y	103
PAMIDRONATE INJ 30MG	137	PEN GK/DEXTR INJ 20000/ML	137	PFIZER BIVAL INJ BA4/BA5	103
PAMIDRONATE INJ 90/10ML	137	PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	137	PFIZERPEN INJ 20000000.....	137
PAMIDRONATE INJ 90MG	137	PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	137	PHENAZOPYRID TAB 100MG	80
PANDEL CRE 0.1%.....	83	PEN G PROC INJ 600000	137	PHENAZOPYRID TAB 200MG	80
PANHEMATIN INJ 350MG.....	137	PEN G SODIUM INJ 5000000.....	137	PHENAZO TAB 200MG	80
PANTOPRAZOLE INJ SOD 40MG....	137	PENICILLAMIN CAP 250MG.....	80	PHENELZINE TAB 15MG.....	27
PANTOPRAZOLE TAB 20MG	78	PENICILLAMIN TAB 250MG	80	PHENERGAN INJ 25MG/ML.....	137
PANTOPRAZOLE TAB 20MG DR	78	PENICILLN GK INJ 20MU.....	137	PHENERGAN INJ 50MG/ML.....	137
PANTOPRAZOLE TAB 40MG	78	PENICILLN VK SOL 125/5ML	19	PHENOBARB ELX 20MG/5ML.....	22
PANTOPRAZOLE TAB 40MG DR	78	PENICILLN VK SOL 250/5ML	19	PHENOBARB SOL 20MG/5ML	22
PANZYGA SOL 1GM/10ML.....	137	PENICILLN VK TAB 250MG	19	PHENOBARB TAB 15MG	22
PANZYGA SOL 2.5/25ML.....	137	PENICILLN VK TAB 500MG	19	PHENOBARB TAB 16.2MG	22
PANZYGA SOL 5GM/50ML	137	PEN NEEDLE MIS 29GX1/2”.....	108	PHENOBARB TAB 30MG.....	22
PANZYGA SOL 10/100ML.....	137	PEN NEEDLE MIS 29GX3/16	108	PHENOBARB TAB 32.4MG	22
PANZYGA SOL 20/200ML	137	PEN NEEDLE MIS 29GX5/16	108	PHENOBARB TAB 60MG.....	22
PANZYGA SOL 30/300ML	137	PEN NEEDLES MIS 29GX1/2”	108	PHENOBARB TAB 64.8MG.....	22
PARAGARD IUD T380A.....	108	PEN NEEDLES MIS 31GX1/4”	108	PHENOBARB TAB 97.2MG	22
PARAPLATIN INJ 1000MG.....	137	PEN NEEDLES MIS 31GX3/16	108	PHENOBARB TAB 100MG.....	22
PARICALCITOL CAP 1 MCG.....	106	PEN NEEDLES MIS 31GX5/16	108	PHENOXYBENZA CAP 10MG	61
PARICALCITOL CAP 2 MCG.....	106	PENTACEL INJ.....	103	PHENTERMINE CAP 15MG	67
PARICALCITOL CAP 4 MCG.....	106	PENTAM 300 INJ 300MG.....	137	PHENTERMINE CAP 30MG	67
PARICALCITOL INJ 2MCG/ML.....	137	PENTAMIDINE INH 300MG.....	36	PHENTERMINE CAP 37.5MG.....	67
PARICALCITOL INJ 5MCG/ML.....	137	PENTAMIDINE INJ 300MG.....	137	PHENTERMINE TAB 37.5MG	67
PAROMOMYCIN CAP 250MG	19	PENTAZ/NALOX TAB 50-0.5MG	13	PHENYLEPHRIN INJ 10MG/ML	137
PAROXETIN ER TAB 12.5MG.....	26	PENTIPS MIS 29GX12MM.....	109	PHENYLEPHRIN INJ 100/10ML	137
PAROXETIN ER TAB 37.5MG.....	26	PENTIPS MIS 31GX5MM.....	109	PHENYLEPHRIN SOL 2.5% OP	112
PAROXETINE SUS 10MG/5ML.....	26	PENTIPS MIS 31GX8MM.....	109	PHENYLEPHRIN SOL 10% OP	112
PAROXETINE TAB 10MG	26	PENTIPS MIS 32GX4MM.....	109	PHENYTOIN CHW 50MG	22
PAROXETINE TAB 20MG	26	PENTOXIFYLLI TAB 400MG ER	61	PHENYTOIN EX CAP 100MG.....	22
PAROXETINE TAB 25MG ER	26	PERINDOPRIL TAB 2MG.....	61	PHENYTOIN EX CAP 200MG	22
PAROXETINE TAB 30MG	26	PERINDOPRIL TAB 4MG.....	61	PHENYTOIN EX CAP 300MG	22



PHENYTOIN INJ 50MG/ML	137	PLASMA-LYTE INJ -A	137	POT PHOSPHAT INJ 3MM/ML	138
PHENYTOIN SUS 100/4ML	22	PLASMANATE INJ 5%	137	PRAMIPEXOLE TAB 0.5MG	37
PHENYTOIN SUS 125/5ML	22	PLENVU SOL	78	PRAMIPEXOLE TAB 0.25MG	37
PHESGO SOL	137	PNEUMOVAX 23 INJ 25/0.5	103	PRAMIPEXOLE TAB 0.75MG	37
PHEXXI GEL	109	PNV-DHA CAP	73	PRAMIPEXOLE TAB 0.125MG	37
PHILITH TAB 0.4-35	93	PNV-DHA CAP DOCUSATE	73	PRAMIPEXOLE TAB 1.5MG	37
PHOSLYRA SOL	72	PNV-OMEGA CAP	73	PRAMIPEXOLE TAB 1MG	37
PHOSPHOLINE SOL 0.125% OP	112	PNV-SELECT TAB	73	PRAMOSONE LOT 1%	69
PHYTONADIONE TAB 5MG	73	PNV-TABS TAB 29-1MG	73	PRAMOSONE LOT 2.5%	69
PICATO GEL 0.05%	34	PODOFILOX SOL 0.5%	69	PRASUGREL TAB 5MG	51
PICATO GEL 0.015%	34	POLIVY INJ 30MG	137	PRASUGREL TAB 10MG	51
PILOCARPINE SOL 1% OP	112	POLIVY INJ 140MG	137	PRAVASTATIN TAB 10MG	61
PILOCARPINE SOL 2% OP	112	POLOCAINE INJ -MPF 1%	137	PRAVASTATIN TAB 20MG	61
PILOCARPINE SOL 4% OP	112	POLOCAINE INJ -MPF 2%	137	PRAVASTATIN TAB 40MG	61
PILOCARPINE TAB 5MG	67	POLYCIN OIN OP	112	PRAVASTATIN TAB 80MG	61
PILOCARPINE TAB 7.5MG	67	POLYETH GLYC POW 3350 NF	78	PRAXBIND INJ 2.5/50	138
PIMECROLIMUS CRE 1%	69	POLYMYXIN B INJ 500000	137	PRAZQUANTEL TAB 600MG	36
PIMOZIDE TAB 1MG	39	POLYMYXIN B/ SOL TRIMETHP	112	PRAZOSIN HCL CAP 1MG	61
PIMOZIDE TAB 2MG	39	POMALYST CAP 1MG	34	PRAZOSIN HCL CAP 2MG	61
PIMTREA TAB	93	POMALYST CAP 2MG	34	PRAZOSIN HCL CAP 5MG	61
PINDOLOL TAB 5MG	61	POMALYST CAP 3MG	34	PRECISN XTRA TES KETONE	109
PINDOLOL TAB 10MG	61	POMALYST CAP 4MG	34	PRED-G SUS OP	112
PIOGLITA/MET TAB 15-500MG	48	PORTIA-28 TAB	93	PRED MILD SUS 0.12% OP	112
PIOGLITA/MET TAB 15-850MG	48	PORTRAZZA INJ 800/50ML	137	PREDNICARBAT CRE 0.1%	83
PIOGLITAZONE TAB 15MG	48	POSACONAZOLE TAB 100MG DR ...	29	PREDNICARBAT OIN 0.1%	83
PIOGLITAZONE TAB 30MG	48	POT ACETATE INJ 2MEQ/ML	137	PREDNISOLONE SOL 10MG/5ML	83
PIOGLITAZONE TAB 45MG	48	POT CHL/NAACL INJ 20MEQ/L	138	PREDNISOLONE SOL 15MG/5ML	83
PIOGLIT/GLIM TAB 30-2MG	48	POT CHL/NAACL INJ 40MEQ/L	138	PREDNISOLONE SOL 20MG/5ML	83
PIOGLIT/GLIM TAB 30-4MG	48	POT CHLORIDE CAP 8MEQ ER	73	PREDNISOLONE SOL 25MG/5ML	83
PIPER/TAZOBA INJ 2-0.25GM	137	POT CHLORIDE CAP 10MEQ ER	73	PREDNISOLONE SUS 1% OP	112
PIPER/TAZOBA INJ 3-0.375G	137	POT CHLORIDE INJ 2MEQ/ML	138	PREDNISOLONE TAB 5MG	84
PIPER/TAZOBA INJ 4-0.5GM	137	POT CHLORIDE INJ 10MEQ	138	PREDNISOLONE TAB 10MG ODT	84
PIPER/TAZOBA INJ 12-1.5GM	137	POT CHLORIDE INJ 30MEQ	138	PREDNISOLONE TAB 15MG ODT	84
PIQRAY 200MG TAB DOSE	34	POT CHLORIDE POW 20MEQ	73	PREDNISOLONE TAB 30MG ODT	84
PIQRAY 250MG TAB DOSE	34	POT CHLORIDE SOL 10%	73	PREDNISONE CON 5MG/ML	84
PIQRAY 300MG TAB DOSE	34	POT CHLORIDE SOL 20%	73	PREDNISONE PAK 5MG	84
PIRFENIDONE CAP 267MG	118	POT CHLORIDE TAB 8MEQ ER	73	PREDNISONE PAK 10MG	84
PIRFENIDONE TAB 267MG	118	POT CHLORIDE TAB 10MEQ ER	73	PREDNISONE SOL 5MG/5ML	84
PIRFENIDONE TAB 534MG	118	POT CHLORIDE TAB 20MEQ ER	73	PREDNISONE TAB 1MG	84
PIRFENIDONE TAB 801MG	118	POT CITRA ER TAB 540MG	73	PREDNISONE TAB 2.5MG	84
PIRMELLA TAB 1/35	93	POT CITRA ER TAB 1080MG	73	PREDNISONE TAB 5MG	84
PIRMELLA TAB 7/7/7	93	POT CITRA ER TAB 1620MG	73	PREDNISONE TAB 10MG	84
PIROXICAM CAP 10MG	13	POT CL MICRO TAB 10MEQ CR	73	PREDNISONE TAB 20MG	84
PIROXICAM CAP 20MG	13	POT CL MICRO TAB 10MEQ ER	73	PREDNISONE TAB 50MG	84
PITOCIN INJ 10UNT/ML	137	POT CL MICRO TAB 15MEQ ER	73	PRED SOD PHO SOL 1% OP	112
PLAN B TAB 1.5MG	93	POT CL MICRO TAB 20MEQ ER	73	PRED SOD PHO SOL 5MG/5ML	83
PLASMA-LYTE INJ -148	137	POTELIGEO INJ 20MG/5ML	138	PREFEST TAB	93



PREGABALIN CAP 25MG	67	PRIMACARE CAP.....	74	PROMETHAZINE SOL DM.....	118
PREGABALIN CAP 50MG	67	PRIMAQUINE TAB 26.3MG.....	36	PROMETHAZINE SUP 12.5MG	118
PREGABALIN CAP 75MG	67	PRIMAXIN IV INJ 250MG	138	PROMETHAZINE SUP 25MG	118
PREGABALIN CAP 100MG	67	PRIMAXIN IV INJ 500MG	138	PROMETHAZINE SYP 6.25/5ML.....	118
PREGABALIN CAP 150MG	67	PRIMIDONE TAB 50MG.....	23	PROMETHAZINE SYP DM	118
PREGABALIN CAP 200MG.....	67	PRIMIDONE TAB 125MG.....	22	PROMETHAZINE TAB 12.5MG.....	118
PREGABALIN CAP 225MG	67	PRIMIDONE TAB 250MG	23	PROMETHAZINE TAB 25MG.....	118
PREGABALIN CAP 300MG.....	67	PRIMSOL SOL 50MG/5ML	19	PROMETHAZINE TAB 50MG.....	118
PREHEVBRIO SUS 10MCG/ML	103	PRIORIX INJ.....	103	PROMETH/COD SOL 6.25-10.....	118
PREMARIN INJ 25MG.....	138	PRIVIGEN INJ 5 GRAMS	138	PROMETHEGAN SUP 12.5MG.....	118
PREMARIN VAG CRE 0.625MG.....	93	PRIVIGEN INJ 10GRAMS	138	PROMETHEGAN SUP 25MG	118
PREMPHASE TAB	93	PRIVIGEN INJ 20GRAMS.....	138	PROMETHEGAN SUP 50MG.....	118
PRENA1 CHW	73	PRIVIGEN INJ 40GRAMS.....	138	PROMETH/PE SYP 6.25-5/5.....	118
PRENA1 PEARL CAP	73	PROBEN/COLCH TAB 500-0.5.....	30	PROMETH/PE/ SYP CODEINE.....	118
PRENA 1 TRUE MIS.....	73	PROBENECID TAB 500MG.....	30	PROMETH VC SYP 6.25-5/5.....	118
PRENAISSANCE CAP.....	73	PROCAINAMIDE INJ 100MG/ ML....	138	PROMETH VC/ SYP CODEINE.....	118
PRENAISSANCE CAP PLUS.....	73	PROCAINAMIDE INJ 500MG/ ML....	138	PROPAFENONE CAP 225MG ER.....	61
PRENATAL+FE TAB 29-1MG.....	74	PROCHLORPER INJ 5MG/ML.....	138	PROPAFENONE CAP 325MG ER.....	62
PRENATAL 19 CHW 29-1MG.....	74	PROCHLORPER INJ 10MG/2ML	138	PROPAFENONE CAP 425MG ER.....	62
PRENATAL 19 TAB 29-1MG	74	PROCHLORPER TAB 5MG	28	PROPAFENONE TAB 150MG.....	62
PRENATAL PLS MIS MV + DHA.....	74	PROCHLORPER TAB 10MG	28	PROPAFENONE TAB 225MG	62
PRENATAL TAB	109	PROCTOFOAM AER HC 1%.....	105	PROPAFENONE TAB 300MG	62
PRENATAL TAB 27-1MG	74	PROCTO-MED CRE HC 2.5%	105	PROPARACAINE SOL 0.5% OP.....	112
PRENATAL TAB PLUS	74	PROCTOSOL HC CRE 2.5%	105	PROPOFOL INJ 200/20ML	138
PRENATAL-U CAP 106.5-1	74	PROCTOZONE CRE -HC 2.5%.....	105	PROPRAN/HCTZ TAB 40/25	62
PRENATAL VIT TAB LOW IRON.....	74	PRODIGY AUTO KIT MONITOR.....	45	PROPRAN/HCTZ TAB 80/25	62
PRENATE AM TAB 1MG	74	PRODIGY AUTO MIS SYSTEM	45	PROPRANOLOL CAP 60MG ER	62
PRENATE CAP ENHANCE	74	PRODIGY KIT NO CODIN.....	45	PROPRANOLOL CAP 80MG ER	62
PRENATE CAP ESSENT	74	PRODIGY NO TES CODING.....	45	PROPRANOLOL CAP 120MG ER	62
PRENATE CAP PIXIE.....	74	PRODIGY PCKT KIT METER.....	45	PROPRANOLOL CAP 160MG ER	62
PRENATE CAP RESTORE	74	PRODIGY VOIC KIT METER.....	45	PROPRANOLOL INJ 1MG/ML.....	138
PRENATE CHW 0.6-0.4.....	74	PROGESTERONE CAP 100MG	93	PROPRANOLOL SOL 20MG/5ML	62
PRENATE DHA CAP.....	74	PROGESTERONE CAP 200MG.....	93	PROPRANOLOL SOL 40MG/5ML	62
PRENATE MINI CAP.....	74	PROGESTERONE INJ 50MG/ML	93	PROPRANOLOL TAB 10MG	62
PRENATE TAB ELITE	74	PROGRAF INJ 5MG/ML.....	138	PROPRANOLOL TAB 20MG	62
PREPIDIL GEL 0.5MG/3G	85	PROLASTIN-C INJ 1000MG.....	138	PROPRANOLOL TAB 40MG	62
PREPLUS TAB 27-1MG	74	PROLEUKIN INJ 22MU	138	PROPRANOLOL TAB 60MG.....	62
PRETAB TAB 29-1MG	74	PROLIA SOL 60MG/ML	138	PROPRANOLOL TAB 80MG	62
PREVALITE POW 4GM	61	PROMACTA PAK 25MG.....	51	PROPYLTHIOUR TAB 50MG.....	100
PREVALITE POW 4GM PK	61	PROMACTA POW 12.5MG	51	PROQUAD INJ.....	103
PREVIFEM TAB.....	93	PROMACTA TAB 12.5MG.....	51	PROSTIN E2 SUP 20MG	85
PREVNAR 13 INJ.....	103	PROMACTA TAB 25MG.....	51	PROTONIX INJ 40MG	138
PREVNAR 20 INJ.....	103	PROMACTA TAB 50MG.....	51	PROTRIPTYLIN TAB 5MG.....	27
PREVYMIS INJ 240/12.....	138	PROMACTA TAB 75MG.....	52	PROTRIPTYLIN TAB 10MG.....	27
PREVYMIS INJ 480/24	138	PROMETHAZINE INJ 25MG/ML	138	PROVAYBLUE INJ	138
PREZISTA SUS 100MG/ML	42	PROMETHAZINE INJ 50MG/ML	138	PROVIDA OB CAP.....	74
PRIFTIN TAB 150MG	31	PROMETHAZINE SOL 6.25/5ML	118	PULMICORT INH 90MCG	118



PULMICORT INH 180MCG	118	RAMIPRIL CAP 10MG	62	REVLIMID CAP 5MG.....	34
PULMOZYME SOL 1MG/ML.....	118	RANOLAZINE TAB 500MG ER.....	62	REVLIMID CAP 10MG.....	34
PYRAZINAMIDE TAB 500MG	31	RANOLAZINE TAB 1000MG.....	62	REVLIMID CAP 15MG.....	34
PYRIDIDIUM TAB 100MG	80	RASAGILINE TAB 0.5MG	37	REVLIMID CAP 20MG.....	34
PYRIDIDIUM TAB 200MG	80	RASAGILINE TAB 1MG.....	37	REVLIMID CAP 25MG.....	34
PYRIDOSTIGMI SOL 60MG/5ML.....	31	RA URINARY TES TRACT IN	109	REYATAZ POW 50MG.....	42
PYRIDOSTIGMI TAB ER 180MG.....	31	REACT TAB 1.5MG	93	RHOFADE CRE 1%.....	69
PYRIDOSTIGMI TAB 60MG.....	31	REBLOZYL INJ 25MG.....	138	RIABNI SOL 100/10ML.....	138
PYRIMETHAMIN TAB 25MG.....	36	REBLOZYL INJ 75MG.....	138	RIABNI SOL 500/50ML	138
QNAPRIL/HCTZ TAB 10-12.5.....	62	RECARBRIO INJ 1.25GM	138	RIBAVIRIN CAP 200MG	42
QNAPRIL/HCTZ TAB 20-12.5	62	RECLAST INJ 5/100ML	138	RIBAVIRIN TAB 200MG	42
QNAPRIL/HCTZ TAB 20-25MG	62	RECLIPSEN TAB	93	RIFABUTIN CAP 150MG.....	31
QUADRACEL INJ 0.5ML.....	103, 104	RECOMBIVA HB INJ 5MCG/0.5	104	RIFADIN INJ 600 MG	138
QUAZEPAM TAB 15MG.....	44	RECOMBIVA HB INJ 10MCG/ML.....	104	RIFAMPIN CAP 150MG	31
QUETIAPINE TAB 25MG	39	RECOMBIVA-HB INJ 40MCG/ML	104	RIFAMPIN CAP 300MG	31
QUETIAPINE TAB 50MG	39	RECOTHROM SOL 5000UNIT.....	52	RIFAMPIN INJ 600 MG	138
QUETIAPINE TAB 50MG ER	39	RECOTHROM SOL 20000UNT	52	RILUZOLE TAB 50MG.....	67
QUETIAPINE TAB 100MG	39	RECTIV OIN 0.4%	62	RIMANTADINE TAB 100MG.....	42
QUETIAPINE TAB 150MG	39	REDICHEW RX CHW	74	RINVOQ TAB 15MG ER	104
QUETIAPINE TAB 150MG ER	39	REGONOL INJ 5MG/ML.....	138	RINVOQ TAB 30MG ER	104
QUETIAPINE TAB 200MG	39	REGRANEX GEL 0.01%.....	69	RINVOQ TAB 45MG ER	104
QUETIAPINE TAB 200MG ER.....	39	RELENZA MIS DISKHALE.....	42	RISEDRONATE TAB 5MG	106
QUETIAPINE TAB 300MG	39	RELISTOR INJ 8/0.4ML	79	RISEDRONATE TAB 30MG	106
QUETIAPINE TAB 300MG ER.....	39	RELISTOR INJ 12/0.6ML.....	78	RISEDRONATE TAB 35MG	106
QUETIAPINE TAB 400MG	39	REMICADE INJ 100MG	138	RISEDRONATE TAB 150MG	106
QUETIAPINE TAB 400MG ER.....	39	REMODULIN INJ 1MG/ML.....	138	RISPERDAL INJ 12.5MG	138
QUINAPRIL TAB 5MG.....	62	REMODULIN INJ 2.5MG/ML	138	RISPERDAL INJ 25MG	138
QUINAPRIL TAB 10MG.....	62	REMODULIN INJ 5MG/ML.....	138	RISPERDAL INJ 37.5MG.....	139
QUINAPRIL TAB 20MG	62	REMODULIN INJ 10MG/ML.....	138	RISPERDAL INJ 50MG	139
QUINAPRIL TAB 40MG	62	RENACIDIN SOL	138	RISPERIDONE SOL 1MG/ML	39
QUINIDINE GL INJ 80MG/ML.....	138	RENFLEXIS INJ 100MG.....	138	RISPERIDONE TAB 0.5MG	39
QUINIDINE GL TAB 324MG CR.....	62	REPAGLINIDE TAB 0.5MG	48	RISPERIDONE TAB 0.5MG OD.....	39
QUINIDINE GL TAB 324MG ER	62	REPAGLINIDE TAB 1MG	48	RISPERIDONE TAB 0.25MG	39
QUINIDINE SU TAB 200MG	62	REPAGLINIDE TAB 2MG	48	RISPERIDONE TAB 0.25 ODT.....	39
QUINIDINE SU TAB 300MG	62	REPATHA INJ 140MG/ML.....	62	RISPERIDONE TAB 1MG.....	39
QUININE SULF CAP 324MG	36	REPATHA PUSH INJ 420/3.5	63	RISPERIDONE TAB 1MG ODT.....	39
QUZYTIR INJ 10MG/ML	138	REPATHA SURE INJ 140MG/ML.....	63	RISPERIDONE TAB 2MG.....	39
QVAR REDIHA AER 80MCG	118	RETACRIT INJ 2000UNIT	52	RISPERIDONE TAB 2MG ODT.....	39
QVAR REDIHAL AER 40MCG	118	RETACRIT INJ 3000UNIT	52	RISPERIDONE TAB 3MG	39
RABEPRAZOLE TAB 20MG.....	78	RETACRIT INJ 4000UNIT.....	52	RISPERIDONE TAB 3MG ODT.....	39
RADICAVA INJ 30MG	138	RETACRIT INJ 10000UNT	52, 138	RISPERIDONE TAB 4MG.....	39
RADIOGARDASE CAP 0.5GM	109	RETACRIT INJ 20000UNI.....	52	RISPERIDONE TAB 4MG ODT.....	39
RALOXIFENE TAB 60MG	93	RETACRIT INJ 40000UNT.....	52	RITONAVIR TAB 100MG.....	43
RAMELTEON TAB 8MG.....	121	RETROVIR INJ 10MG/ML	138	RITUXAN INJ 100MG.....	139
RAMIPRIL CAP 1.25MG	62	REVATIO INJ	138	RITUXAN INJ 500MG	139
RAMIPRIL CAP 2.5MG	62	REVCIVI INJ 1.6MG/ML	138	RITUXAN INJ HYCELA	139
RAMIPRIL CAP 5MG	62	REVLIMID CAP 2.5MG.....	34	RIVASTIGMINE CAP 1.5MG.....	24



RIVASTIGMINE CAP 3MG.....	24	SALSALATE TAB 500MG.....	13	SHUR-SEAL GEL 2%.....	80
RIVASTIGMINE CAP 4.5MG.....	24	SALSALATE TAB 750MG.....	13	SIGNIFOR INJ 0.3MG/ML.....	99
RIVASTIGMINE CAP 6MG.....	24	SANDIMMUNE INJ 50MG/ML.....	139	SIGNIFOR INJ 0.6MG/ML.....	99
RIVASTIGMINE DIS 4.6MG/24.....	24	SANDIMMUNE SOL 100MG/ML.....	104	SIGNIFOR INJ 0.9MG/ML.....	99
RIVASTIGMINE DIS 9.5MG/24.....	24	SANDOSTATIN KIT LAR 10MG.....	139	SIGNIFOR LAR INJ 10MG.....	139
RIVASTIGMINE DIS 13.3/24.....	24	SANDOSTATIN KIT LAR 20MG.....	139	SIGNIFOR LAR INJ 20MG.....	139
RIVELSA TAB.....	94	SANDOSTATIN KIT LAR 30MG.....	139	SIGNIFOR LAR INJ 30MG.....	139
RIZATRIPTAN TAB 5MG.....	30	SANTYL OIN 250/GM.....	69	SIGNIFOR LAR INJ 40MG.....	139
RIZATRIPTAN TAB 5MG ODT.....	30	SAPHNELO SOL 300/2ML.....	139	SIGNIFOR LAR INJ 60MG.....	139
RIZATRIPTAN TAB 10MG.....	30	SARCLISA SOL 100/5ML.....	139	SILDENAFIL INJ.....	139
RIZATRIPTAN TAB 10MG ODT.....	30	SARCLISA SOL 500/25ML.....	139	SILDENAFIL SUS 10MG/ML.....	118
ROBAXIN INJ 100MG/ML.....	139	SAVELLA MIS TITR PAK.....	67	SILDENAFIL TAB 20MG.....	118
ROFLUMILAST TAB 250MCG.....	118	SAVELLA TAB 12.5MG.....	67	SILODOSIN CAP 4MG.....	80
ROFLUMILAST TAB 500MCG.....	118	SAVELLA TAB 25MG.....	67	SILODOSIN CAP 8MG.....	80
ROMIDEPSIN INJ 27.5MG.....	139	SAVELLA TAB 50MG.....	67	SILVER SULFA CRE 1%.....	19
ROPINIROLE TAB 0.5MG.....	37	SAVELLA TAB 100MG.....	67	SIMBRINZA SUS 1-0.2%.....	113
ROPINIROLE TAB 0.25MG.....	37	SCENESSE IMP 16MG.....	139	SIMLIYA TAB 28 DAY.....	94
ROPINIROLE TAB 1MG.....	37	SCOPOLAMINE DIS 1MG/3DAY.....	28	SIMPESSE TAB.....	94
ROPINIROLE TAB 2MG.....	37	SELECT-OB+ PAK DHA.....	74	SIMPONI ARIA SOL 50MG/4ML.....	139
ROPINIROLE TAB 3MG.....	37	SELECT-OB CHW.....	74	SIMPONI INJ 50/0.5ML.....	104
ROPINIROLE TAB 4MG.....	37	SELEGILINE CAP 5MG.....	37	SIMPONI INJ 100MG/ML.....	104
ROPINIROLE TAB 5MG.....	37	SELEGILINE TAB 5MG.....	37	SIMULECT INJ 10MG.....	139
ROPIVACAINE INJ 2MG/ML.....	139	SELENIUM AC INJ 60MCG/ML.....	139	SIMULECT INJ 20MG.....	139
ROPIVACAINE INJ 5MG/ML.....	139	SELENIUM SUL LOT 2.5%.....	69	SIMVASTATIN TAB 5MG.....	63
ROPIVACAINE INJ 7.5MG/ML.....	139	SELZENTRY SOL 20MG/ML.....	43	SIMVASTATIN TAB 10MG.....	63
ROPIVACAINE INJ 10MG/ML.....	139	SELZENTRY TAB 25MG.....	43	SIMVASTATIN TAB 20MG.....	63
ROSUVASTATIN TAB 5MG.....	63	SELZENTRY TAB 75MG.....	43	SIMVASTATIN TAB 40MG.....	63
ROSUVASTATIN TAB 10MG.....	63	SE-NATAL 19 CHW.....	74	SIMVASTATIN TAB 80MG.....	63
ROSUVASTATIN TAB 20MG.....	63	SE-NATAL 19 TAB.....	74	SINUVA IMP 1350MCG.....	139
ROSUVASTATIN TAB 40MG.....	63	SENSORCAINE INJ MPF 0.5%.....	139	SIROLIMUS TAB 0.5MG.....	104
ROTARIX SUS.....	104	SENSORCAINE INJ MPF0.25%.....	139	SIROLIMUS TAB 1MG.....	104
ROTATEQ SOL.....	104	SENSORCAINE INJ MPF0.75%.....	139	SIROLIMUS TAB 2MG.....	104
ROWEEPRA TAB 500MG.....	23	SENSORCAINE INJ -MPF/EPI.....	139	SIVEXTRO INJ 200MG.....	139
ROZLYTREK CAP 100MG.....	34	SEREVENT DIS AER 50MCG.....	118	SKYLA IUD 13.5MG.....	94
ROZLYTREK CAP 200MG.....	34	SERTRALINE CON 20MG/ML.....	27	SKYRIZI INJ 150DOSE.....	104
RUFINAMIDE SUS 40MG/ML.....	23	SERTRALINE TAB 25MG.....	27	SKYRIZI INJ 150MG/ML.....	104
RUFINAMIDE TAB 200MG.....	23	SERTRALINE TAB 50MG.....	27	SKYRIZI INJ 180/1.2.....	104
RUFINAMIDE TAB 400MG.....	23	SERTRALINE TAB 100MG.....	27	SKYRIZI INJ 360/2.4.....	104
RUXIENCIE INJ 100/10ML.....	139	SETLAKIN TAB.....	94	SKYRIZI PEN INJ 150MG/ML.....	104
RUXIENCIE INJ 500/50ML.....	139	SEVELAMER POW 0.8GM.....	74	SLYND TAB 4MG.....	94
RYANODEX INJ 250MG.....	139	SEVELAMER POW 2.4GM.....	75	SM GLUCOSE CHW SOUR APP.....	109
RYBELSUS TAB 3MG.....	48	SEVELAMER TAB 400MG.....	75	SMZ-TMP DS TAB 800-160.....	19
RYBELSUS TAB 7MG.....	48	SEVELAMER TAB 800MG.....	75	SMZ/TMP DS TAB 800-160.....	19
RYBELSUS TAB 14MG.....	48	SEVENFACT INJ 1MG.....	139	SMZ-TMP INJ 400-80/5.....	139
RYBREVANT SOL 350/7ML.....	139	SEVENFACT INJ 5MG.....	139	SMZ-TMP SUS 200-40/5.....	19
RYLAZE INJ 10/0.5ML.....	139	SHAROBEL TAB 0.35MG.....	94	SMZ-TMP TAB 400-80MG.....	19
SAJAZIR INJ 30MG/3ML.....	104	SHINGRIX INJ 50/0.5ML.....	104	SOD ACETATE INJ 2MEQ/ML.....	139



SOD BICARB INJ 4.2%.....	139	SOTALOL HCL TAB 120MG.....	63	SULCONAZOLE SOL 1%.....	29
SOD CHLORIDE INJ 0.9% BACT.....	139	SOTALOL HCL TAB 160MG.....	63	SULFACETAMID LOT 10%.....	69
SOD CHLORIDE INJ 3%.....	139	SOTALOL HCL TAB 240MG.....	63	SULFACET SOD OIN 10% OP.....	113
SOD CHLORIDE INJ 5%.....	139	SOTYLIZE SOL 5MG/ML.....	63	SULFACET SOD SOL 10% OP.....	113
SOD CHLORIDE NEB 0.9%.....	118	SPINOSAD SUS 0.9%.....	36	SULFADIAZINE TAB 500MG.....	19
SOD DIURIL INJ 500MG.....	139	SPINRAZA INJ 12MG/5ML.....	140	SULFAMYLON CRE 85MG/GM.....	19
SOD EDECRIN INJ 50MG.....	139	SPIRIVA AER 1.25MCG.....	119	SULFASALAZIN TAB 500MG.....	105
SOD FLUORIDE CHW 0.5MG F.....	75	SPIRIVA CAP HANDIHLR.....	119	SULFASALAZIN TAB 500MG DR.....	105
SOD FLUORIDE CHW 0.25MG F.....	75	SPIRIVA SPR 2.5MCG.....	119	SULFATRIM PD SUS 200-40/5.....	20
SOD FLUORIDE CHW 1.1MG.....	75	SPIRONO/HCTZ TAB 25/25.....	63	SULF/PRED NA SOL OP.....	113
SOD FLUORIDE CHW 2.2MG.....	75	SPIRONOLACT TAB 25MG.....	63	SULINDAC TAB 150MG.....	13
SOD FLUORIDE DRO 0.5MG/ML.....	75	SPIRONOLACT TAB 50MG.....	63	SULINDAC TAB 200MG.....	13
SOD FLUORIDE TAB 0.5MG F.....	75	SPIRONOLACT TAB 100MG.....	63	SUMAT-NAPROX TAB 85-500MG.....	30
SOD FLUORIDE TAB 1MG F.....	75	SPRINTEC 28 TAB 28 DAY.....	94	SUMATRIPTAN INJ 4MG/0.5.....	30
SODIUM CHLOR NEB 3%.....	119	SPRYCEL TAB 20MG.....	34	SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5.....	30, 31
SODIUM CHLOR NEB 7%.....	119	SPRYCEL TAB 50MG.....	34	SUMATRIPTAN SPR 5MG/ACT.....	31
SODIUM CHLOR NEB 10%.....	119	SPRYCEL TAB 70MG.....	34	SUMATRIPTAN SPR 20MG/ACT.....	31
SODIUM/POTAS SOL MAGNESIU.....	79	SPRYCEL TAB 80MG.....	34	SUMATRIPTAN TAB 25MG.....	31
SOD POLY SUL POW.....	75	SPRYCEL TAB 100MG.....	34	SUMATRIPTAN TAB 50MG.....	31
SOFOS/VELPAT TAB 400-100.....	43	SPRYCEL TAB 140MG.....	34	SUMATRIPTAN TAB 100MG.....	31
SOLIFENACIN TAB 5MG.....	80	SPS SUS 15GM/60.....	75	SUNITINIB CAP 12.5MG.....	34
SOLIFENACIN TAB 10MG.....	80	SRONYX TAB.....	94	SUNITINIB CAP 25MG.....	34
SOLQUA INJ 100/33.....	49	SSD CRE 1%.....	19	SUNITINIB CAP 37.5MG.....	34
SOLU-CORTEF INJ 100MG.....	140	STAVUDINE CAP 15MG.....	43	SUNITINIB CAP 50MG.....	34
SOLU-CORTEF INJ 250MG.....	140	STAVUDINE CAP 20MG.....	43	SUNOSI TAB 75MG.....	121
SOLU-CORTEF INJ 500MG.....	140	STAVUDINE CAP 30MG.....	43	SUNOSI TAB 150MG.....	121
SOLU-CORTEF INJ 1000MG.....	139	STAVUDINE CAP 40MG.....	43	SUSTOL INJ 10/0.4ML.....	140
SOLU-MEDROL INJ 2GM.....	140	STELARA INJ 5MG/ML.....	140	SUSVIMO INJ 10/0.1ML.....	140
SOLU-MEDROL INJ 40MG.....	140	STELARA INJ 45MG/0.5.....	69	SYEDA TAB 3-0.03MG.....	94
SOLU-MEDROL INJ 125MG.....	140	STELARA INJ 90MG/ML.....	69	SYLVANT SOL 100MG.....	140
SOLU-MEDROL INJ 500MG.....	140	STIVARGA TAB 40MG.....	34	SYLVANT SOL 400MG.....	140
SOLU-MEDROL INJ 1000MG.....	140	ST JOSEPH CHW LOW 81MG.....	13	SYMJEPI INJ 0.3MG.....	119
SOMAVERT INJ 10MG.....	99	STREPTOMYCIN INJ 1GM.....	140	SYMJEPI INJ 0.15MG.....	119
SOMAVERT INJ 15MG.....	99	STRIBILD TAB.....	43	SYMPROIC TAB 0.2MG.....	79
SOMAVERT INJ 20MG.....	100	STRIVERDI AER 2.5MCG.....	119	SYNAGIS INJ 50MG.....	140
SOMAVERT INJ 25MG.....	100	SUBLOCADE INJ 100/0.5.....	140	SYNAGIS INJ 100MG/ML.....	140
SOMAVERT INJ 30MG.....	100	SUBLOCADE INJ 300/1.5.....	140	SYNAREL SOL 2MG/ML.....	100
SORAFENIB TAB 200MG.....	34	SUBVENITE KIT START 35.....	23	SYNJARDY TAB.....	49
SORINE TAB 80MG.....	63	SUBVENITE KIT START 49.....	23	SYNJARDY TAB 5-500MG.....	49
SORINE TAB 120MG.....	63	SUBVENITE KIT START 98.....	23	SYNJARDY TAB 5-1000MG.....	49
SORINE TAB 160MG.....	63	SUBVENITE TAB 25MG.....	23	SYNJARDY TAB 12.5-500.....	49
SORINE TAB 240MG.....	63	SUBVENITE TAB 100MG.....	23	SYNJARDY XR TAB.....	49
SOTALOL AF TAB 80MG.....	63	SUBVENITE TAB 150MG.....	23	SYNJARDY XR TAB 5-1000MG.....	49
SOTALOL AF TAB 120MG.....	63	SUBVENITE TAB 200MG.....	23	SYNJARDY XR TAB 10-1000.....	49
SOTALOL AF TAB 160MG.....	63	SUCRALFATE SUS 1GM/10ML.....	79	SYNJARDY XR TAB 25-1000.....	49
SOTALOL HCL INJ 150/10ML.....	140	SUCRALFATE TAB 1GM.....	79	SYNRIBO INJ 3.5MG.....	34
SOTALOL HCL TAB 80MG.....	63	SULCONAZOLE CRE 1%.....	29	SYNTHROID TAB 25MCG.....	98

SYNTHROID TAB 50MCG	98	TAZTIA XT CAP 240MG/24	63	TETRABENAZIN TAB 25MG	67
SYNTHROID TAB 75MCG	98	TAZTIA XT CAP 300MG ER	63	TETRACAINE SOL 0.5% OP	113
SYNTHROID TAB 88MCG	98	TAZTIA XT CAP 360MG/24	63	TETRACYCLINE CAP 250MG	20
SYNTHROID TAB 100MCG	97	TECARTUS SUS	140	TETRACYCLINE CAP 500MG	20
SYNTHROID TAB 112MCG	97	TECENTRIQ INJ 840/14	140	TEXACORT SOL 2.5%	84
SYNTHROID TAB 125MCG	97	TECENTRIQ INJ 1200/20	140	THALOMID CAP 50MG	35
SYNTHROID TAB 137MCG	97	TEFLARO INJ 400MG	140	THALOMID CAP 100MG	35
SYNTHROID TAB 150MCG	97	TEFLARO INJ 600MG	140	THALOMID CAP 150MG	35
SYNTHROID TAB 175MCG	97	TELMISA/HCTZ TAB 40-12.5	63	THALOMID CAP 200MG	35
SYNTHROID TAB 200MCG	97	TELMISA/HCTZ TAB 80-12.5	63	THEO-24 CAP 100MG CR	119
SYNTHROID TAB 300MCG	98	TELMISA/HCTZ TAB 80-25MG	63	THEO-24 CAP 200MG CR	119
TABLOID TAB 40MG	34	TELMISARTAN TAB 20MG	63	THEO-24 CAP 300MG CR	119
TACROLIMUS CAP 0.5MG	104	TELMISARTAN TAB 40MG	63	THEO-24 CAP 400MG ER	119
TACROLIMUS CAP 1MG	104	TELMISARTAN TAB 80MG	63	THEOPHYLLINE SOL 80/15ML	119
TACROLIMUS CAP 5MG	104	TEMAZEPAM CAP 7.5MG	121	THEOPHYLLINE TAB 300MG ER	119
TACROLIMUS OIN 0.1%	69	TEMAZEPAM CAP 15MG	121	THEOPHYLLINE TAB 400MG ER	119
TACROLIMUS OIN 0.03%	69	TEMAZEPAM CAP 22.5MG	121	THEOPHYLLINE TAB 450MG ER	119
TADALAFIL TAB 2.5MG	80	TEMAZEPAM CAP 30MG	121	THEOPHYLLINE TAB 600MG ER	119
TADALAFIL TAB 5MG	80	TEMOZOLOMIDE CAP 5MG	35	THIORIDAZINE TAB 10MG	39
TADALAFIL TAB 20MG	119	TEMOZOLOMIDE CAP 20MG	35	THIORIDAZINE TAB 25MG	39
TAFLUPROST SOL 0.0015%	113	TEMOZOLOMIDE CAP 100MG	35	THIORIDAZINE TAB 50MG	39
TAKE ACTION TAB 1.5MG	94	TEMOZOLOMIDE CAP 140MG	35	THIORIDAZINE TAB 100MG	39
TALZENNA CAP 0.5MG	34	TEMOZOLOMIDE CAP 180MG	35	THIOTEPA INJ 15MG	140
TALZENNA CAP 0.25MG	34	TEMOZOLOMIDE CAP 250MG	35	THIOTEPA INJ 100MG	140
TALZENNA CAP 0.75MG	34	TEMSIROLIMUS INJ 25MG/ML	140	THIOTHIXENE CAP 1MG	39
TALZENNA CAP 1MG	34	TENCON TAB 50-325MG	13	THIOTHIXENE CAP 2MG	40
TAMOXIFEN TAB 10MG	35	TENIVAC INJ 5-2LF	104	THIOTHIXENE CAP 5MG	40
TAMOXIFEN TAB 20MG	35	TENOFOVIR TAB 300MG	43	THIOTHIXENE CAP 10MG	39
TAMSULOSIN CAP 0.4MG	80	TEPADINA INJ 15MG	140	THRIVE GUM 2MG MINT	15
TARINA 24 FE TAB	94	TEPADINA INJ 100MG	140	THRIVITE RX TAB 29-1MG	75
TARINA FE TAB 1/20	94	TEPEZZA INJ 500MG	140	THROMBIN-JMI KIT 5000UNIT	52
TARINA FE TAB 1/20 EQ	94	TERAZOSIN CAP 1MG	80	THROMBIN-JMI KIT 20000UNT	52
TARON-C DHA CAP	75	TERAZOSIN CAP 2MG	80	THROMBIN-JMI SOL 5000UNIT	52
TARON-PREX CAP	75	TERAZOSIN CAP 5MG	81	THROMBIN-JMI SOL 20000UNT	52
TASIMELTEON CAP 20MG	121	TERAZOSIN CAP 10MG	80	THROMBIN KIT 5000UNIT	52
TAXOTERE INJ 20MG/ML	140	TERBINAFINE TAB 250MG	29	THYQUIDITY SOL 100MCG	98
TAXOTERE INJ 80MG/4ML	140	TERBUTALINE INJ 1MG/ML	140	THYROGEN INJ 1.1MG	140
TAYSOFY CAP 1/20	94	TERBUTALINE TAB 2.5MG	119	TIADYLT CAP 120MG/24	63
TAZAROTENE CRE 0.1%	69	TERBUTALINE TAB 5MG	119	TIADYLT CAP 180MG/24	64
TAZAROTENE GEL 0.1%	69	TERCONAZOLE CRE 0.4%	29	TIADYLT CAP 240MG/24	64
TAZAROTENE GEL 0.05%	69	TERCONAZOLE CRE 0.8%	29	TIADYLT CAP 300MG/24	64
TAZICEF INJ 1GM	140	TERCONAZOLE SUP 80MG	29	TIADYLT CAP 360MG/24	64
TAZICEF INJ 2GM	140	TESTOST CYP INJ 100MG/ML	94	TIADYLT CAP 420MG/24	64
TAZICEF INJ 6GM	140	TESTOST CYP INJ 200MG/ML	94	TIAGABINE TAB 2MG	23
TAZORAC CRE 0.05%	69	TESTOST ENAN INJ 200MG/ML	94	TIAGABINE TAB 4MG	23
TAZTIA XT CAP 120MG/24	63	TESTOSTERONE GEL 1%(50MG)	94	TIAGABINE TAB 12MG	23
TAZTIA XT CAP 180MG/24	63	TETRABENAZIN TAB 12.5MG	67	TIAGABINE TAB 16MG	23



TIGAN INJ 100MG/ML	140	TOBRA/NAACL INJ 60/0.9.....	140	TRELEGY AER 100MCG	119
TIGECYCLINE INJ 50MG.....	140	TOBREX OIN 0.3% OP.....	113	TRELEGY AER 200MCG	119
TIGLUTIK SUS 50/10ML.....	67	TODAY SPONGE MIS	81	TRELSTAR MIX INJ 3.75MG.....	141
TILIA FE TAB.....	94	TOLBUTAMIDE TAB 500MG.....	49	TRELSTAR MIX INJ 11.25MG.....	140
TIMOLOL GEL SOL 0.5% OP.....	113	TOLCAPONE TAB 100MG.....	37	TRELSTAR MIX INJ 22.5MG	141
TIMOLOL GEL SOL 0.25% OP.....	113	TOLMETIN SOD CAP 400MG.....	13	TREPROSTINIL INJ 1MG/ML	141
TIMOLOL MALE SOL 0.5%	113	TOLMETIN SOD TAB 600MG	13	TREPROSTINIL INJ 2.5MG/ML	141
TIMOLOL MAL SOL 0.5% OP	113	TOLTERODINE TAB 1MG.....	81	TREPROSTINIL INJ 5MG/ML	141
TIMOLOL MAL SOL 0.25% OP	113	TOLTERODINE TAB 2MG.....	81	TREPROSTINIL INJ 10MG/ML	141
TIMOLOL MAL TAB 5MG	64	TOPIRAMATE CAP 15MG	23	TRESIBA FLEX INJ 100UNIT.....	49
TIMOLOL MAL TAB 10MG	64	TOPIRAMATE CAP 25MG	23	TRESIBA FLEX INJ 200UNIT	49
TIMOLOL MAL TAB 20MG.....	64	TOPIRAMATE TAB 25MG.....	23	TRESIBA INJ 100UNIT.....	49
TINIDAZOLE TAB 250MG.....	20	TOPIRAMATE TAB 50MG.....	23	TRETINOIN CAP 10MG	35
TINIDAZOLE TAB 500MG	20	TOPIRAMATE TAB 100MG	23	TRETINOIN CRE 0.1%.....	69
TIROSINT-SOL SOL 13MCG/ML.....	98	TOPIRAMATE TAB 200MG	23	TRETINOIN CRE 0.05%.....	69
TIROSINT-SOL SOL 25MCG/ML.....	98	TOPOSAR INJ 1GM/50ML	140	TRETINOIN CRE 0.025%.....	69
TIROSINT-SOL SOL 37.5/ML	98	TOPOTECAN INJ 4MG	140	TRIAMCINOLON CRE 0.1%.....	84
TIROSINT-SOL SOL 44MCG/ML.....	98	TOPOTECAN INJ 4MG/4ML	140	TRIAMCINOLON CRE 0.5%.....	84
TIROSINT-SOL SOL 50MCG/ML.....	98	TOREMIFENE TAB 60MG.....	35	TRIAMCINOLON CRE 0.025%.....	84
TIROSINT-SOL SOL 62.5/ML.....	98	TORISEL INJ 25MG/ML	140	TRIAMCINOLON LOT 0.1%	84
TIROSINT-SOL SOL 75MCG/ML.....	98	TORSEMIDE TAB 5MG.....	64	TRIAMCINOLON LOT 0.025%.....	84
TIROSINT-SOL SOL 88MCG/ML.....	98	TORSEMIDE TAB 10MG.....	64	TRIAMCINOLON OIN 0.1%.....	84
TIROSINT-SOL SOL 100MCG.....	98	TORSEMIDE TAB 20MG.....	64	TRIAMCINOLON OIN 0.5%	84
TIROSINT-SOL SOL 112MCG	98	TORSEMIDE TAB 100MG.....	64	TRIAMCINOLON OIN 0.025%	84
TIROSINT-SOL SOL 125MCG	98	TOTECT INJ 500MG	140	TRIAMCINOLON PST DEN 0.1%	67
TIROSINT-SOL SOL 137MCG.....	98	TRADJENTA TAB 5MG	49	TRIAMTERENE CAP 50MG.....	64
TIROSINT-SOL SOL 150MCG.....	98	TRAMADL/APAP TAB 37.5-325.....	13	TRIAMTERENE CAP 100MG	64
TIROSINT-SOL SOL 175MCG	98	TRAMADOL HCL TAB 50MG.....	13	TRIAMT/HCTZ CAP 37.5-25.....	64
TIROSINT-SOL SOL 200MCG	98	TRAMADOL HCL TAB 100MG ER.....	13	TRIAMT/HCTZ TAB 37.5-25	64
TISSEEL KIT 2ML.....	109	TRAMADOL HCL TAB 200MG ER	13	TRIAMT/HCTZ TAB 75-50MG.....	64
TISSEEL KIT 4ML.....	109	TRAMADOL HCL TAB 300MG ER	13	TRIAZOLAM TAB 0.25MG.....	44
TISSEEL KIT 10ML.....	109	TRANDOLAPRIL TAB 1MG.....	64	TRIAZOLAM TAB 0.125MG	44
TISSEEL SOL 2ML	109	TRANDOLAPRIL TAB 2MG.....	64	TRICARE TAB PRENATAL.....	75
TISSEEL SOL 4ML	109	TRANDOLAPRIL TAB 4MG.....	64	TRIDERM CRE 0.1%.....	84
TISSEEL SOL 10ML	109	TRANEX ACID INJ 1000MG.....	140	TRIDERM CRE 0.5%	84
TIVDAK INJ 40MG.....	140	TRANEX ACID TAB 650MG	52	TRIENTINE CAP 250MG.....	75
TIZANIDINE CAP 2MG	120	TRANLYCYPROM TAB 10MG	27	TRI-ESTARYLL TAB	94
TIZANIDINE CAP 4MG	121	TRAVOPROST DRO 0.004%.....	113	TRI FEMYNOR TAB.....	94
TIZANIDINE CAP 6MG	121	TRAZIMERA INJ 150MG	140	TRIFERIC INJ AVNU.....	141
TIZANIDINE TAB 2MG	121	TRAZIMERA INJ 420MG	140	TRIFERIC POW 272MG	141
TIZANIDINE TAB 4MG	121	TRAZODONE TAB 50MG	27	TRIFERIC SOL	141
TOBRA/DEXAME SUS 0.3-0.1%.....	113	TRAZODONE TAB 100MG.....	27	TRIFERIC SOL 27.2/5ML.....	141
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%.....	113	TRAZODONE TAB 150MG.....	27	TRIFLUOPERAZ TAB 1MG.....	40
TOBRAMYCIN INJ 1.2GM	140	TRAZODONE TAB 300MG.....	27	TRIFLUOPERAZ TAB 2MG	40
TOBRAMYCIN INJ 10MG/ML.....	140	TREANDA INJ 25MG	140	TRIFLUOPERAZ TAB 5MG	40
TOBRAMYCIN NEB 300/5ML.....	119	TREANDA INJ 100MG	140	TRIFLUOPERAZ TAB 10MG	40
TOBRAMYCIN SOL 0.3% OP	113	TRECATOR TAB 250MG.....	31	TRIFLURIDINE SOL 1% OP.....	113



TRIHEXYPHEN SOL 0.4MG/ML.....	37	TUSSICAPS CAP 10-8MG.....	119	VALACYCLOVIR TAB 1GM.....	43
TRIHEXYPHEN TAB 2MG.....	37	TUXARIN ER TAB 54.3-8MG.....	119	VALACYCLOVIR TAB 500MG.....	43
TRIHEXYPHEN TAB 5MG.....	37	TUZISTRA XR SUS.....	119	VALCHLOR GEL 0.016%.....	35
TRI-LEGEST TAB FE.....	94	TWINRIX INJ.....	105	VALGANCICLOV SOL 50MG/ML.....	43
TRI-LINYAH TAB.....	94	TWIRLA DIS 120-30.....	95	VALGANCICLOV TAB 450MG.....	43
TRI-LO-MILI TAB.....	94	TYBLUME CHW 0.1-0.02.....	95	VALPROATE INJ 100MG/ML.....	141
TRI-LO TAB ESTARYLL.....	94	TYDEMY TAB.....	95	VALPROIC ACD CAP 250MG.....	23
TRI-LO- TAB MARZIA.....	94	TYGACIL INJ 50MG.....	141	VALPROIC ACD SOL 250/5ML.....	23
TRI-LO- TAB SPRINTEC.....	94	TYSABRI INJ 300/15ML.....	141	VALSARTAN TAB 40MG.....	64
TRIMETHOBENZ CAP 300MG.....	28	TYVASO DPI POW 16-32-48.....	119	VALSARTAN TAB 80MG.....	64
TRIMETHOBENZ INJ 100MG/ ML...	141	TYVASO DPI POW 16-32MCG.....	119	VALSARTAN TAB 160MG.....	64
TRIMETHOPRIM SOL POLYMYXN..	113	TYVASO DPI POW 16MCG.....	119	VALSARTAN TAB 320MG.....	64
TRIMETHOPRIM TAB 100MG.....	20	TYVASO DPI POW 32-48MCG.....	119	VALSART/HCTZ TAB 80-12.5.....	64
TRI-MILI TAB.....	94	TYVASO DPI POW 32MCG.....	120	VALSART/HCTZ TAB 160-12.5.....	64
TRIMIPRAMINE CAP 25MG.....	27	TYVASO DPI POW 48MCG.....	120	VALSART/HCTZ TAB 160-25MG.....	64
TRIMIPRAMINE CAP 50MG.....	27	TYVASO DPI POW 64MCG.....	120	VALSART/HCTZ TAB 320-12.5.....	64
TRIMIPRAMINE CAP 100MG.....	27	TYVASO REFIL SOL 0.6MG/ML.....	120	VALSART/HCTZ TAB 320-25MG.....	64
TRINATAL RX TAB 1.....	75	TYVASO SOL 0.6MG/ML.....	119	VANCOMYCIN CAP 125MG.....	20
TRINATE TAB.....	75	TYVASO START SOL 0.6MG/ML.....	120	VANCOMYCIN CAP 250MG.....	20
TRI-NYMYO TAB.....	94	UCERIS AER 2MG/ACT.....	105	VANCOMYCIN INJ 1.5/300.....	141
TRIOSTAT INJ 10MCG/ML.....	141	ULTICARE MIS 30GX3/16.....	109	VANCOMYCIN INJ 1.25GM.....	141
TRI-PREVIFEM TAB.....	95	ULTOMIRIS INJ 100MG/ML.....	141	VANCOMYCIN INJ 1 GM.....	141
TRIPTODUR SUS 22.5MG.....	141	ULTOMIRIS INJ 300/30ML.....	141	VANCOMYCIN INJ 1GM/200M.....	141
TRISENOX INJ 12MG/6ML.....	141	UNASYN INJ 1.5GM.....	141	VANCOMYCIN INJ 5GM.....	141
TRI-SPRINTEC TAB.....	95	UNASYN INJ 3GM.....	141	VANCOMYCIN INJ 10GM.....	141
TRISTART DHA CAP.....	75	UNASYN INJ 15GM.....	141	VANCOMYCIN INJ 250MG.....	141
TRISTART ONE CAP 35-1-215.....	75	UNITHROID TAB 25MCG.....	98	VANCOMYCIN INJ 500MG.....	141
TRIUMEQ TAB.....	43	UNITHROID TAB 50MCG.....	99	VANCOMYCIN INJ 750MG.....	141
TRIVEEN-DUO PAK DHA.....	75	UNITHROID TAB 75MCG.....	99	VANCOMYCIN SOL 1.5GM.....	141
TRIVORA-28 TAB.....	95	UNITHROID TAB 88MCG.....	99	VANCOMYCIN SOL 1.25GM.....	141
TRI-VYLIBRA TAB.....	95	UNITHROID TAB 100MCG.....	98	VANCOMYCIN SOL 1.75GM.....	141
TRI-VYLIBRA TAB LO.....	95	UNITHROID TAB 112MCG.....	98	VANCOMYCIN SOL 2G/400ML.....	141
TRODELVY SOL 180MG.....	141	UNITHROID TAB 125MCG.....	98	VANCOMYCIN SOL 25MG/ML.....	20
TROGARZO INJ 150MG/ML.....	141	UNITHROID TAB 137MCG.....	98	VANCOMYCIN SOL 50MG/ML.....	20
TROSPIUM CHL CAP 60MG ER.....	81	UNITHROID TAB 150MCG.....	98	VANCOMYCIN SOL 250/5ML.....	20
TROSPIUM CL TAB 20MG.....	81	UNITHROID TAB 175MCG.....	98	VANDAOLE GEL 0.75%.....	20
TRUEPLUS CHW GLUCOSE.....	109	UNITHROID TAB 200MCG.....	98	VAQTA INJ 25/0.5ML.....	105
TRULICITY INJ 0.75/0.5.....	49	UNITHROID TAB 300MCG.....	98	VAQTA INJ 50UNT/ML.....	105
TRULICITY INJ 1.5/0.5.....	49	UNITUXIN INJ.....	141	VARENICLINE TAB 0.5& 1MG.....	15
TRULICITY INJ 3/0.5.....	49	UPLIZNA SOL 100MG.....	141	VARENICLINE TAB 0.5MG.....	15
TRULICITY INJ 4.5/0.5.....	49	UPTRAVI INJ 1800MCG.....	141	VARENICLINE TAB 1MG.....	15
TRUMENBA INJ.....	105	URSODIOL CAP 300MG.....	79	VARIVAX INJ.....	105
TRUXIMA INJ 100/10ML.....	141	URSODIOL TAB 250MG.....	79	VARUBI INJ.....	141
TRUXIMA INJ 500/50ML.....	141	URSODIOL TAB 500MG.....	79	VARUBI TAB 90MG.....	28
TULANA TAB 0.35MG.....	95	UTI HOME TES TEST.....	109	VASCEPA CAP 0.5GM.....	64
TURALIO CAP 125MG.....	35	UVADEX INJ 20MCG/ML.....	141	VASCEPA CAP 1GM.....	64
TURALIO CAP 200MG.....	35	VABOMERE INJ 2GM(1-1).....	141	VASOPRESSIN INJ 20UNT/ML.....	141



VASOSTRICT INJ 20UNT/ML	141	VESTURA TAB 3-0.02MG.....	95	VORICONAZOLE TAB 50MG.....	30
VAXELIS INJ.....	105	VFEND IV INJ 200MG	142	VORICONAZOLE TAB 200MG.....	30
VAXNEUVANCE INJ.....	105	VIBATIV INJ 750MG	142	VP-PNV-DHA CAP	76
VAZCULEP INJ 10MG/ML.....	141	VICTOZA INJ 18MG/3ML.....	49	VPRIV INJ 400UNIT.....	142
VCF VAGINAL AER CONTRACP	81	VIENVA TAB 0.1-20.....	95	VRAYLAR CAP 1.5-3MG.....	40
VCF VAGINAL GEL CONTRACE.....	81	VIGABATRIN PAK 500MG.....	23	VRAYLAR CAP 1.5MG.....	40
VCF VAGINAL MIS CONTRACP	81	VIGABATRIN TAB 500MG.....	23	VRAYLAR CAP 3MG.....	40
VECAMYL TAB 2.5MG.....	64	VIGADRONE POW 500MG	23	VRAYLAR CAP 4.5MG.....	40
VELIVET PAK	95	VILAZODONE TAB 10MG	27	VRAYLAR CAP 6MG.....	40
VELPHORO CHW 500MG	75	VILAZODONE TAB 20MG	27	VYEPTI INJ 100MG/ML.....	142
VELTASSA POW 8.4GM.....	75	VILAZODONE TAB 40MG	27	VYFEMLA TAB 0.4-35.....	95
VELTASSA POW 16.8GM	75	VILTEPSO SOL	142	VYLIBRA TAB 0.25-35	95
VELTASSA POW 25.2GM	75	VIMIZIM INJ 5MG/5ML.....	142	VYONDYS 53 INJ 100/2ML	142
VENLAFAXINE CAP 37.5 ER	27	VIMPAT INJ 200MG/20.....	142	VYXEOS INJ 44-100MG.....	142
VENLAFAXINE CAP 75MG ER.....	27	VINATE II TAB	75	WARFARIN TAB 1MG	52
VENLAFAXINE CAP 150MG ER.....	27	VINATE ONE TAB	75	WARFARIN TAB 2.5MG	52
VENLAFAXINE TAB 25MG	27	VIORELE TAB	95	WARFARIN TAB 2MG	52
VENLAFAXINE TAB 37.5MG	27	VIRACEPT TAB 250MG	43	WARFARIN TAB 3MG	52
VENLAFAXINE TAB 50MG	27	VIRACEPT TAB 625MG	43	WARFARIN TAB 4MG	52
VENLAFAXINE TAB 75MG	27	VIRT-C DHA CAP.....	75	WARFARIN TAB 5MG	52
VENLAFAXINE TAB 100MG.....	27	VIRT-NATE CAP DHA.....	76	WARFARIN TAB 6MG	52
VENTAVIS SOL 10MCG/ML.....	120	VIRT-PN DHA CAP	76	WARFARIN TAB 7.5MG.....	52
VENTAVIS SOL 20MCG/ML.....	120	VIRT-PN PLUS CAP.....	76	WARFARIN TAB 10MG	52
VENTOLIN HFA AER.....	120	VITAFOL CAP ULTRA	76	WERA TAB 0.5/35	95
VERAPAMIL CAP 100MG ER.....	64	VITAFOL CHW GUMMIES	76	WESNATAL DHA PAK COMPLETE	76
VERAPAMIL CAP 120MG ER.....	64	VITAFOL FE+ CAP	76	WESTAB PLUS TAB 27-1MG	76
VERAPAMIL CAP 120MG SR.....	64	VITAFOL-NANO TAB	76	WIDE-SEAL DPR KIT 60.....	109
VERAPAMIL CAP 180MG ER.....	65	VITAFOL-OB PAK +DHA	76	WIDE-SEAL DPR KIT 65.....	109
VERAPAMIL CAP 180MG SR.....	65	VITAFOL-OB TAB 65-1MG	76	WIDE-SEAL DPR KIT 70.....	109
VERAPAMIL CAP 200MG ER.....	65	VITAFOL-ONE CAP.....	76	WIDE-SEAL DPR KIT 75.....	109
VERAPAMIL CAP 240MG ER.....	65	VITAFOL STRP MIS 1MG	76	WIDE-SEAL DPR KIT 80.....	109
VERAPAMIL CAP 240MG SR.....	65	VITAMEDMD CAP ONE RX	76	WIDE-SEAL DPR KIT 85.....	109
VERAPAMIL CAP 300MG ER	65	VITAMIN D CAP 1.25MG.....	76	WIDE-SEAL DPR KIT 90.....	109
VERAPAMIL CAP 360MG SR	65	VITAMIN D CAP 50000UNT	76	WIDE-SEAL DPR KIT 95.....	109
VERAPAMIL INJ 5MG/2ML.....	142	VITAMIN K1 INJ 1MG/0.5	142	WILZIN CAP 25MG	76
VERAPAMIL INJ 10MG/4ML.....	141	VITAMIN K1 INJ 10MG/ML.....	142	WIXELA INHUB AER 100/50.....	120
VERAPAMIL TAB 40MG	65	VITAPEARL CAP.....	76	WIXELA INHUB AER 250/50.....	120
VERAPAMIL TAB 80MG	65	VITATHELY TAB	76	WIXELA INHUB AER 500/50.....	120
VERAPAMIL TAB 120MG	65	VITATRUE MIS.....	76	WYMZYA FE CHW 0.4MG-35	95
VERAPAMIL TAB 120MG ER	65	VITRAKVI CAP 25MG	35	XARACOLL IMP 100MG.....	142
VERAPAMIL TAB 180MG ER	65	VITRAKVI CAP 100MG	35	XARELTO STAR TAB 15/20MG	52
VERAPAMIL TAB 240MG ER	65	VITRAKVI SOL 20MG/ML	35	XARELTO SUS 1MG/ML	52
VEREGEN OIN 15%.....	69	VIVITROL INJ 380MG	142	XARELTO TAB 2.5MG.....	52
VERZENIO TAB 50MG.....	35	VOLNEA TAB	95	XARELTO TAB 10MG.....	52
VERZENIO TAB 100MG.....	35	VORAXAZE INJ 1000UNIT.....	142	XARELTO TAB 15MG.....	52
VERZENIO TAB 150MG.....	35	VORICONAZOLE INJ 200MG	142	XARELTO TAB 20MG.....	52
VERZENIO TAB 200MG.....	35	VORICONAZOLE SUS 40MG/ML	30	XELJANZ SOL 1MG/ML	105

XELJANZ TAB 5MG	105	YERVOY INJ 200MG	142	ZINPLAVA SOL 25MG/ML	143
XELJANZ TAB 10MG	105	YESCARTA INJ	142	ZIPRASIDONE CAP 20MG	40
XELJANZ XR TAB 11MG.....	105	YONDELIS INJ 1MG.....	142	ZIPRASIDONE CAP 40MG.....	40
XELJANZ XR TAB 22MG	105	YOSPRALA TAB 81-40MG	52	ZIPRASIDONE CAP 60MG.....	40
XELPROS EMU 0.005%.....	113	YOSPRALA TAB 325-40MG.....	52	ZIPRASIDONE CAP 80MG.....	40
XEMBIFY INJ 1GM/5ML	142	YUPELRI SOL	120	ZIPRASIDONE INJ 20MG	143
XEMBIFY INJ 2GM/10ML.....	142	YUTIQ IMP 0.18MG	142	ZIRABEV INJ 100/4ML	143
XEMBIFY INJ 4GM/20ML.....	142	YUVAFEM TAB 10MCG	95	ZIRABEV INJ 400/16ML	143
XEMBIFY INJ 10G/50ML.....	142	ZAFEMY DIS 150/35.....	95	ZIRGAN GEL 0.15%.....	113
XENLETA INJ 150/15ML.....	142	ZAFIRLUKAST TAB 10MG	120	ZITHROMAX INJ 500MG.....	143
XEOMIN INJ 50 UNIT	142	ZAFIRLUKAST TAB 20MG	120	ZOLEDRONIC INJ 4/100ML.....	143
XEOMIN INJ 100UNIT	142	ZALEPLON CAP 5MG.....	121	ZOLEDRONIC INJ 4MG/5ML.....	143
XEOMIN INJ 200UNIT.....	142	ZALEPLON CAP 10MG.....	121	ZOLEDRONIC INJ 5/100ML.....	143
XEPI CRE 1%.....	20	ZALTRAP INJ 100/4ML.....	142	ZOLGENSMA INJ	143
XERAVA INJ 50MG.....	142	ZALTRAP INJ 200/8ML	142	ZOLINZA CAP 100MG	35
XERAVA INJ 100MG.....	142	ZANOSAR INJ 1GM	142	ZOLMITRIPTAN SPR 2.5MG	31
XERMELO TAB 250MG.....	79	ZARAH TAB 3-0.03MG	95	ZOLMITRIPTAN SPR 5MG	31
XGEVA INJ	142	ZARXIO INJ 300/0.5	52	ZOLMITRIPTAN TAB 2.5 MG	31
XIFAXAN TAB 200MG.....	20	ZARXIO INJ 480/0.8	52	ZOLMITRIPTAN TAB 2.5MG	31
XIFAXAN TAB 550MG.....	20	ZATEAN-PN CAP DHA	76	ZOLMITRIPTAN TAB 5MG	31
XIGDUO XR TAB 2.5-1000.....	49	ZATEAN-PN CAP PLUS.....	76	ZOLMITRIPTAN TAB 5MG ODT.....	31
XIGDUO XR TAB 5-500MG	49	ZEGALOGUE INJ 0.6/0.6.....	49	ZOLPIDEM TAB 5MG.....	121
XIGDUO XR TAB 5-1000MG.....	49	ZELBORAF TAB 240MG.....	35	ZOLPIDEM TAB 10MG.....	121
XIGDUO XR TAB 10-500MG	49	ZELNORM TAB 6MG	79	ZONISAMIDE CAP 25MG.....	23
XIGDUO XR TAB 10-1000.....	49	ZEMAIRA INJ 1000MG	142	ZONISAMIDE CAP 50MG.....	23
XOLAIR INJ 75/0.5	120	ZEMDRI INJ 500MG/10.....	142	ZONISAMIDE CAP 100MG.....	23
XOLAIR INJ 150MG/ML	120	ZEMPLAR INJ 2MCG/ML.....	142	ZOSYN INJ 36-4.5GM.....	143
XOLAIR SOL 150MG.....	142	ZEMPLAR INJ 5MCG/ML.....	142	ZOSYN SOL 2-0.25GM	143
XOSPATA TAB 40MG	35	ZENATANE CAP 10MG.....	69	ZOSYN SOL 3-0.375G	143
XTAMPZA ER CAP 9MG.....	13	ZENATANE CAP 20MG.....	69	ZOSYN SOL 4-0.50GM	143
XTAMPZA ER CAP 13.5MG	13	ZENATANE CAP 30MG.....	69	ZOVIA 1/35E TAB	95
XTAMPZA ER CAP 18MG.....	13	ZENATANE CAP 40MG.....	69	ZOVIA 1/35 TAB	95
XTAMPZA ER CAP 27MG.....	13	ZENATANE CAP 60MG.....	69	ZUBSOLV SUB 0.7-0.18	15
XTAMPZA ER CAP 36MG	13	ZENPEP CAP 3000UNIT	79	ZUBSOLV SUB 1.4-0.36	15
XULANE DIS 150-35	95	ZENPEP CAP 5000UNIT.....	79	ZUBSOLV SUB 2.9-0.71.....	15
XYLOCAINE INJ 0.5%	142	ZENPEP CAP 10000UNT	79	ZUBSOLV SUB 5.7-1.4.....	15
XYLOCAINE INJ 1%	142	ZENPEP CAP 15000UNT.....	79	ZUBSOLV SUB 8.6-2.1	15
XYLOCAINE INJ 2%	142	ZENPEP CAP 20000UNT	79	ZUBSOLV SUB 11.4-2.9	15
XYLOCAINE INJ MPF 0.5%	142	ZENPEP CAP 25000UNT	79	ZULRESSO INJ 100/20ML.....	143
XYLOCAINE INJ -MPF 1%	142	ZENPEP CAP 40000UNT	79	ZUMANDIMINE TAB 3-0.03MG	95
XYLOCAINE INJ -MPF 1.5%	142	ZEPZELCA SOL 4MG.....	142	ZYKADIA TAB 150MG	35
XYLOCAINE INJ -MPF 2%	142	ZERBAXA INJ 1.5GM.....	142	ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	113
XYLOCAINE INJ -MPF 4%	142	ZIDOVDINE CAP 100MG	43	ZYNLONTA SOL 10MG	143
XYLO-MPF/EPI INJ 1%.....	142	ZIDOVDINE SYP 50MG/5ML.....	43	ZYNRELEF INJ 200-6MG	143
XYLO-MPF/EPI INJ 1.5%	142	ZIDOVDINE TAB 300MG.....	43	ZYNRELEF INJ 400-12MG.....	143
XYLO-MPF/EPI INJ 2%	142	ZILEUTON ER TAB 600MG	120	ZYPREXA INJ 10MG.....	143
YERVOY INJ 50MG	142	ZILRETTA INJ 32MG.....	142	ZYPREXA RELP INJ 210MG	143



ZYPREXA RELP INJ 300MG.....	143
ZYPREXA RELP INJ 405MG.....	143
ZYVOX SOL 2MG/ML.....	143



Servicios de Asistencia en Otros Idiomas

Nosotros¹ prestamos servicios gratuitos en otros idiomas para ayudarle a comunicarse con nosotros. Ofrecemos intérpretes, cartas en otros idiomas y cartas en otros formatos como letra grande. Para recibir ayuda, llame al **número gratuito 1-877-265-9199** o al número gratuito que figura en su tarjeta de ID del plan de salud (TTY/RTT 711). Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del Este.

English
If you need help in another language or you need another format, like large print, please call 1-877-265-9199 or the member number on your health plan ID card, TTY / RTT 711. Translation services and interpreters are available at no cost to you.
Español
Si necesita ayuda en otro idioma o en otro formato, como letra grande, llame al 1-877-265-9199 o al número para miembros en su tarjeta de ID del plan de salud, TTY/RTT 711. Los servicios de traducción y de interpretación están disponibles sin costo para usted.
中文
如果您需要以其他語言提供的協助，或您需要其他形式版本，例如大字體，請致電 1-877-265-9199 或撥打健保計劃會員卡上的會員電話，聽力語言殘障服務專線 / 即時訊息 (TTY / RTT) 711。可免費向您提供翻譯服務和口譯員服務。
Tiếng Việt
Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ khác hoặc quý vị cần định dạng khác, như bản in cỡ lớn, vui lòng gọi đến số 1-877-265-9199 hoặc số điện thoại dành cho hội viên trên thẻ ID chương trình hiểm y tế của quý vị, TTY/RTT 711. Có sẵn các dịch vụ dịch thuật và thông dịch viên miễn phí cho quý vị.
한국어
귀하가 다른 언어로 도움이 필요하거나 큰 활자와 같은 다른 형식으로 필요한 경우, 1-877-265-9199 또는 귀하의 건강보험 ID 카드에 기재된 회원 번호, TTY / RTT 711 번으로 전화하십시오. 귀하는 번역 서비스 및 통역사를 무료로 이용하실 수 있습니다.
Tagalog
Kung kailangan ninyo ng tulong sa ibang wika o kailangan ninyo ng ibang format, tulad ng malalaking titik, pakitawagan ang 1-877-265-9199 o ang numero para sa miyembro na makikita sa inyong ID card sa planong pangkalusugan, para sa gumagamit ng TTY / RTT, tumawag sa 711. Available para sa inyo ang mga serbisyo sa pagsasalin at interpreter nang wala kayong babayaran.
Русский
Если Вам нужна помощь на другом языке или Вы хотели бы получить этот документ в другом формате (например, крупным шрифтом), позвоните по телефону 1-877-265-9199 или по телефону, указанному на Вашей идентификационной карте участника плана медицинского страхования, линия TTY/RTT: 711. Услуги устного и письменного перевода предоставляются бесплатно.
اللغة العربية
إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغة أخرى أو تحتاج إلى تنسيق آخر مثل الطباعة بأحرف كبيرة، فيرجى الاتصال على رقم 1-877-265-9199 أو رقم هاتف الأعضاء المدرج على بطاقة معرف العضوية الخاص بخطتك الصحية، أو TTY/RTT 711. تتوفر خدمات الترجمة التحريرية والمترجمين الفوريين دون أن تتحمل أي تكلفة.

Français
Si vous avez besoin d'aide dans une autre langue ou souhaitez un autre format, par exemple en gros caractères, veuillez appeler le 1-877-265-9199 ou le numéro d'assuré figurant sur votre carte d'assurance, ATS / RTT (texte en temps réel) 711. Des services de traduction et des interprètes sont disponibles gratuitement.
አማርኛ
በሌላ ቋንቋ እርዳታ የሚፈልጉ ከሆነ ወይም በሌላ ፎርማት የተዘጋጀ ካስፈለግዎት፣ ለምሳሌ በትልቅ የተጻፈ፣ እባክዎን በ 1-877-265-9199 ወይም በኢንፎርሜሽን ካርድዎ ላይ ባለው የአባል አገልግሎት መስጫ ስልክ ቁጥር ይደውሉ፣ መስማት ለተሳናቸው (TTY/RTT) በ 711። የጽሑፍ ትርጉም አገልግሎት እንዲሁም የቃል አስተርጓሚዎች ምንም ሳይከፍሉ መጠቀም ይችላሉ።
Diné
łá' nááná saad bee shika'a'doowoł nínízingo doodago t'áá łahgo át'éego anályaago, nitsaago bee bik'e'ashchíigo da, t'áá shoꞗdí kohj8' 1-877-265-9199 hod7ilnih doodago nits'íís nánel'íjh naaltsoos bee ha'dít'éhígíí bił ninaaltsoos nit'ízi bee nééhizinígíí béésh bee hane'í biká'ígíí bee hodíilnih, TTY / RTT 711. T'áá ni nizaad bee ha'dilyaago dóó atah hane'ígíí t'áá jiik'eh bee ná'agot'i.
فارسی
اگر به زبان دیگری به کمک نیاز دارید یا به فرمت متفاوتی از قبیل چاپ درشت نیاز دارید، لطفاً با شماره 1-877-265-9199 یا شماره مرفوع شده بر روی کارت شناسایی بر نامه درماتی خود، RTT / TTY 711 تماس بگیرید. خدمات ترجمه و مترجمین شفاهی بدون اخذ هزینه در اختیار شما می باشند.
اردو
اگر آپ کو کسی دوسری زبان میں معاونت کی ضرورت ہے یا آپ کو کسی اور فارمیٹ کی ضرورت ہے جیسے بڑے پرنٹ کی، تو براہ کرم 1-877-265-9199 پر یا اپنے پلان ID کارڈ پر دئے گئے ممبر نمبر پر کال کریں، RTT / TTY 711 - آپ کے لئے ترجمہ خدمات اور ترجمان بغیر کسی معاوضہ کے دستیاب ہیں۔
Deutsch
Wenn Sie Hilfe in einer anderen Sprache oder ein anderes Format benötigen, z. B. Großdruck, rufen Sie bitte 1-877-265-9199 oder die Telefonnummer für Mitglieder an, die auf Ihrer Versicherungskarte angegeben ist, TTY / RTT 711. Übersetzer- und Dolmetscherdienste stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung.
日本語
他の言語でのお手伝いや他の形式(大きな文字など)が必要な場合は、1-877-265-9199 または医療保険プラン ID カードに記載されている電話番号 (TTY/RTT は 711) にお電話ください。翻訳サービスと通訳は無料でご利用いただけます。
ភាសាខ្មែរ
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាផ្សេង ឬអ្នកត្រូវការជាទ្រង់ទ្រាយផ្សេង ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-265-9199 ឬលេខសមាជិកនៅលើប័ណ្ណ ID គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក, TTY / RTT 711។ សេវាកម្មប្រែភាសា និងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គឺអាចរកបានសម្រាប់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។





Aviso de No Discriminación

No¹ tratamos a los miembros de manera diferente por motivos de sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional. Si piensa que ha sido tratado injustamente debido a una cuestión de sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, puede enviar una queja a:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130
Correo electrónico: UHC_Civil_Rights@uhc.com

Debe enviar una queja en un plazo no mayor de 60 días desde el incidente. Le enviaremos una decisión en un plazo no mayor de 30 días. Si no está de acuerdo con esta decisión, tendrá 15 días para apelar.

Si necesita ayuda con su queja, llame al **número gratuito 1-877-265-9199** o al número gratuito que aparece en su tarjeta de ID del plan de salud (TTY/RTT 711). Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del Este.

También, puede presentar una queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

En Internet: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Teléfono: Número gratuito **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TDD)

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

¹ A los fines de los Servicios de Asistencia en Otros Idiomas y este Aviso de Antidiscriminación ("Aviso"), "nosotros" se refiere a las entidades indicadas en la nota al pie 2 del Aviso de Prácticas de Privacidad y la nota al pie 3 del Aviso de Privacidad de la Información Financiera. Tenga en cuenta que no todas las entidades indicadas están cubiertas por este Aviso.

*Cobertura del plan médico ofrecida por: UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; UHC of California; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company en KS, LA, MO, TN y AL; Optimum Choice, Inc. en VA y MD; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Incorporated; UnitedHealthcare Community Plan, Inc. en MI; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of Oklahoma, Inc.; UnitedHealthcare of South Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; y UnitedHealthcare of Oregon, Inc. en WA. Los servicios administrativos son prestados por United HealthCare Services, Inc. o sus compañías afiliadas.



Cobertura del plan médico ofrecida por: UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company en AL, KS, LA, MO y TN; Optimum Choice, Inc. en MD y VA; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Incorporated en CO; UnitedHealthcare Community Plan, Inc. en MI; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of Oklahoma, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; y UnitedHealthcare of Oregon, Inc. en WA. Los servicios administrativos son prestados por United HealthCare Services, Inc. o sus compañías afiliadas.