

Enero  
2025

# Para Miembros **MEDICAMENTOS CUBIERTOS**

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) Plan



Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, por favor llámenos al **1-877-273-IEHP (4347)**, los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-718-4347**, de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. O visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

**POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.**


Esta lista de medicamentos fue actualizada en la fecha 10/01/2024. Formulary ID 00025448 Version #7

## Introducción

Este documento se llama *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también conocido como *Lista de Medicamentos*). Le informa sobre qué medicamentos recetados y de venta libre (Over-The-Counter, OTC) y productos que no son medicamentos están cubiertos por IEHP DualChoice, un plan Medicare Medi-Cal. La *Lista de Medicamentos* también le indica si hay alguna regla o restricción especial sobre algún medicamento cubierto por IEHP DualChoice. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en el último capítulo del *Manual para Miembros*.

## Índice


|  |    |
|--|----|
| A. Descargos de responsabilidad .....  | 3  |
| B. Preguntas frecuentes (FAQ) .....  | 9  |
| B1. ¿Qué medicamentos recetados están incluidos en la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> ? (Llamamos a la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> la " <i>Lista de Medicamentos</i> " para abreviar)..... | 9  |
| B2. ¿La <i>Lista de Medicamentos</i> cambia alguna vez?.....   | 10 |
| B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la <i>Lista de Medicamentos</i> ? .....  | 11 |
| B4. ¿Existe alguna restricción o límite en la cobertura de medicamentos o se requiere realizar alguna acción para obtener ciertos medicamentos? .....  | 12 |
| B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si tengo que hacer algo para obtener el medicamento? .....  | 13 |
| B6. ¿Qué sucede si IEHP DualChoice cambia sus reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)? .....              | 13 |
| B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i> ? .....  | 13 |
| B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>Lista de Medicamentos</i> ? .....  | 14 |
| B9. ¿Qué pasa si soy un nuevo miembro de IEHP DualChoice y no puedo encontrar mi medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i> o tengo algún problema para obtener mi medicamento?.....                     | 14 |
| B10. ¿Puedo pedir al plan que haga una excepción para cubrir mi medicamento?.....  | 16 |
| B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción? .....  | 16 |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

|   |     |
|---|-----|
| B12. ¿Cuánto tiempo toma obtener una excepción?.....  | 16  |
| B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos? .....   | 17  |
| B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación tienen con los biosimilares? ..... | 17  |
| B15. ¿Qué son los medicamentos OTC? .....   | 17  |
| B16. ¿IEHP DualChoice cubre productos OTC que no sean medicamentos?.....                            | 18  |
| B17. ¿IEHP DualChoice cubre suministros a largo plazo de medicamentos recetados?.....               | 18  |
| B18. ¿Puedo pedir a mi farmacia local que me envíe medicamentos recetados a mi domicilio? .....     | 18  |
| B19. ¿Cuál es mi copago? .....  | 18  |
| C. Resumen de la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> .....                                       | 19  |
| C1. Lista de Medicamentos por afección médica .....   | 19  |
| D. Índice de medicamentos cubiertos .....   | 149 |

---

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

---

## A. Descargos de responsabilidad

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en *IEHP DualChoice*.

- ❖ IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.
- ❖ Recuerde que puede consultar la *Lista de Medicamentos Cubiertos* actualizada de IEHP DualChoice en línea en [www.iehp.org](http://www.iehp.org) o llamando al 1-877-273-IEHP (4347). Esta llamada es gratuita.
- ❖ Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame a los números que aparecen en el pie de página de este documento. La llamada es gratuita.
- ❖ **ATTENTION:** If you need help in your language, call 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347 or 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347 or 711). These services are free.


### الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). هذه الخدمات مجانية.

### Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Այդ ծառայություններն անվճար են:

---

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

## 简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如文盲和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-877-273-IEHP (4347)(TTY: 1-800-718-4347)。这些服务都是免费的。

## Persian (Farsi) مطلب به زبان فارسی


توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

## हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

## Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

### 日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-877-273-IEHP (4347) (TTY:1-800-718-4347)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

### 한국어 태그라인 (Korean)


유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

### ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347).

---

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024



ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ  
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິຕິພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໃບທາດເປີ  
1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347).  
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

### **ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ  
1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ  
ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼,  
ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-  
718-4347) ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।


### **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al  
1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347).  
También ofrecemos asistencia y servicios para  
personas con discapacidades, como documentos en  
braille y con letras grandes. Llame al 1-877-273-IEHP  
(4347) (TTY: 1-800-718-4347). Estos servicios son  
gratuitos.

### **Mien (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih  
qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor  
douc waac daaih lorx taux 1-877-273-IEHP (4347) (TTY:  
1-800-718-4347). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux  
nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv  
taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx  
caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun

---

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

*Última Actualización: 01 de Octubre de 2024*

longc. Douc waac daaih lorx 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

**ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)**

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។


**Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-877-273-IEHP (4347) (линия (TTY: 1-800-718-4347)). Такие услуги предоставляются бесплатно.

**Tagalog (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille

---

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024



at malaking print. Tumawag sa 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Libre ang mga serbisyon ng ito.

### **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) นอกจากนี้

ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ

สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ

ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่

กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้


### **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Ці послуги безкоштовні.

### **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số

---

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

# 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Các dịch vụ này đều miễn phí.

- ❖ Este documento está disponible sin costo en español, chino y vietnamita.
- ❖ Para hacer una solicitud permanente para recibir materiales en idiomas diferentes del inglés o en un formato alternativo, o para hacer cambios a una solicitud permanente, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. IEHP DualChoice conservará su información como una solicitud permanente para envíos y notificaciones futuros, para que no tenga que hacer una solicitud por separado cada vez.

---

## B. Preguntas frecuentes (FAQ)

Encuentre aquí las respuestas a las preguntas que tenga acerca de esta *Lista de Medicamentos Cubiertos*. Puede leer todas las preguntas frecuentes para obtener más información, o buscar una pregunta y su respuesta.


### B1. ¿Qué medicamentos recetados están incluidos en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*? (Llamamos a la *Lista de Medicamentos Cubiertos* la "*Lista de Medicamentos*" para abreviar).

Los medicamentos incluidos en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* que comienza en la sección C1 son los medicamentos cubiertos por IEHP DualChoice (HMO D-SNP). Los medicamentos están disponibles en las farmacias de nuestra red de servicios. Una farmacia está en nuestra red de servicios si tenemos un acuerdo para trabajar en conjunto y proporcionarle servicios a usted. Llamamos a estas farmacias "farmacias de la red".

Otros medicamentos, como algunos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficiario (Beneficiary Identification Card, BIC) de Medi-Cal cuando surta recetas a través de Medi-Cal Rx.

- IEHP DualChoice cubrirá todos los medicamentos médicamente necesarios de la *Lista de Medicamentos* si:
  - su médico u otro profesional que emite la receta médica dice que usted los necesita para mejorar o para mantenerse saludable;
  - IEHP DualChoice está de acuerdo en que el medicamento es médicamente necesario para usted, y
  - usted surte la receta en una farmacia de la red de IEHP DualChoice.

---

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

- En algunos casos, tiene que hacer algo antes de poder obtener un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web [www.iehp.org](http://www.iehp.org) o llamar a Servicios para Miembros a los números que aparecen en el pie de página de este documento.

## **B2. ¿La *Lista de Medicamentos* cambia alguna vez?**

Sí, e IEHP DualChoice debe seguir las reglas de Medicare y Medi-Cal cuando se realicen los cambios. Es posible que durante el año agreguemos o eliminemos medicamentos de la *Lista de Medicamentos*.

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

- Decidir requerir o no una autorización previa para un medicamento. (Autorización previa es el permiso de IEHP DualChoice antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Aumentar o cambiar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (llamados límites de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones a la terapia escalonada de un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted tiene que probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

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


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

- salga al mercado un medicamento nuevo y más barato que funcione tan bien como un medicamento de la *Lista de Medicamentos* actual;
- sea de nuestro conocimiento que un medicamento no es seguro, o
- un medicamento sea eliminado del mercado.

Las preguntas B3 y B6 a continuación tienen más información sobre lo que sucederá cuando cambie la *Lista de Medicamentos*.

- Siempre puede revisar la *Lista de Medicamentos* actualizada de IEHP DualChoice en línea, en [www.iehp.org](http://www.iehp.org). Cada mes se publican en el sitio web actualizaciones de la *Lista de Medicamentos*.

---

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

- También puede llamar a Servicios para Miembros a los números que aparecen en el pie de página de este documento para consultar la *Lista de Medicamentos* actualizada.

### **B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la *Lista de Medicamentos*?**


Algunos cambios en la *Lista de Medicamentos* ocurrirán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Sustituciones de ciertas versiones nuevas de medicamentos.** Podemos retirar inmediatamente los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* si los sustituimos por ciertas versiones nuevas de ese medicamento, pero el costo para usted por el nuevo medicamento seguirá siendo de \$0. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
  - Es posible que no le informemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez realizado.
  - Solo podemos hacer estos cambios si el medicamento que estamos agregando:
    - es una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o
    - es una determinada nueva versión biosimilar de productos biológicos originales incluidos en la *Lista de Medicamentos* (por ejemplo, la inclusión de un biosimilar intercambiable que pueda sustituir a un producto biológico original sin necesidad de una nueva receta médica).
    - Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la Sección B14.
  - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede realizar para solicitar una excepción. Lea las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Un medicamento es retirado del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) dice que un medicamento que usted está tomando no es seguro o eficaz, o el fabricante retira un medicamento del mercado, podemos retirarlo inmediatamente de la *Lista de Medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. Hable con el médico que se lo proporciona después de que reciba una carta.

**Podemos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que toma.** Le informaremos con antelación sobre estos otros cambios a la *Lista de Medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA provee nuevas guías o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

---

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

*Última Actualización: 01 de Octubre de 2024*

- Eliminamos un medicamento de marca de la *Lista de Medicamentos* cuando agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado;
- eliminamos un producto biológico original cuando agregamos uno biosimilar, o
- cambiamos las reglas o los límites de cobertura del medicamento de marca.

Cuando sucedan estos cambios:

- le informaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio a la *Lista de Medicamentos*, o
- le informaremos y le proporcionaremos un suministro para 31 días del medicamento luego de que usted solicite volver a surtirlo.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que emite la receta médica. Ellos pueden ayudarle a decidir:


- si hay un medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que usted puede tomar en su lugar, o
- si debe pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

#### **B4. ¿Existe alguna restricción o límite en la cobertura de medicamentos o se requiere realizar alguna acción para obtener ciertos medicamentos?**

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

- **Autorización previa:** para algunos medicamentos, usted, o su médico u otro profesional que emite la receta médica debe obtener la autorización de IEHP DualChoice antes de surtir su receta médica. La autorización previa es diferente de una referencia. Es posible que IEHP DualChoice no cubra el medicamento si usted no obtiene una autorización previa.
- **Límites de cantidad:** ocasionalmente, IEHP DualChoice limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
- **Terapia escalonada:** a veces IEHP DualChoice exige que usted siga una terapia escalonada. Esto significa que usted tendrá que probar los medicamentos para su afección médica en un cierto orden. Podría tener que probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si el profesional que emite su receta médica considera que el primer medicamento no funciona para usted, entonces cubriremos el segundo.

---

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

*Última Actualización: 01 de Octubre de 2024*

Puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional leyendo las tablas de la sección C1. También puede obtener más información visitando nuestro sitio web [www.iehp.org](http://www.iehp.org). Hemos publicado en línea documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitar que le enviemos una copia.

**Puede pedir una excepción a esos límites.** Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que emite la receta médica. Ellos podrán ayudarle a decidir si hay algún medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que pueda tomar en su lugar o si debe pedir una excepción. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.

### **B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si tengo que hacer algo para obtener el medicamento?**

La tabla de la Lista de Medicamentos por 26 tiene una columna llamada "Medidas necesarias, restricciones o límites de uso".

### **B6. ¿Qué sucede si IEHP DualChoice cambia sus reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)?**

En algunos casos, le avisaremos por adelantado si agregamos o cambiamos los requisitos de autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento. Lea la pregunta B3 para obtener más información sobre esta notificación por adelantado y situaciones en las que no podamos notificarle por adelantado cuando cambien nuestras reglas sobre los medicamentos de la *Lista de Medicamentos*.

### **B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la *Lista de Medicamentos*?**


Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

- puede buscar por orden alfabético, o
- puede buscar por afección médica.

Para buscar por **orden alfabético**, busque su medicamento en la sección Índice de medicamentos cubiertos. Puede encontrarlo en el índice que empieza en la página 150. Busque su medicamento en el índice. Junto al medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página mencionada en el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

Para buscar por **afección médica**, consulte la sección "Lista de Medicamentos por afección médica" en la página 26. Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías de acuerdo con el tipo de enfermedades para las que se usan como tratamiento. Por ejemplo, si tiene una enfermedad del

---

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

*Última Actualización: 01 de Octubre de 2024*



corazón, debe buscar en la categoría de Agentes cardiovasculares. Ahí encontrará medicamentos para tratar enfermedades del corazón.

### **B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la *Lista de Medicamentos*?**

Si no encuentra su medicamento en la *Lista de Medicamentos*, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen en el pie de página de este documento y pregunte por él. Si se entera de que IEHP DualChoice no cubrirá el medicamento, puede hacer una de estas cosas:

- Pida a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares al que usted quiera tomar. Luego, muestre la lista a su médico u otro profesional que emite la receta médica. Él podrá recetarle un medicamento similar al de la *Lista de Medicamentos* que usted quiere tomar. ○
- Puede pedirle a IEHP DualChoice que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.

### **B9. ¿Qué pasa si soy un nuevo miembro de IEHP DualChoice y no puedo encontrar mi medicamento en la *Lista de Medicamentos* o tengo algún problema para obtener mi medicamento?**

Podemos ayudarle. Podemos cubrir un suministro temporal de su medicamento para 31 días durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de IEHP DualChoice. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que emite la receta médica. Ellos podrán ayudarle a decidir si hay algún medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que pueda tomar en su lugar o si debe pedir una excepción.


Si su receta médica es para menos días, permitiremos que la vuelva a surtir varias veces para proporcionarle hasta un máximo de 31 días de medicamento.

Cubriremos un suministro de 31 días de su medicamento si:

- usted está tomando algún medicamento que no esté en nuestra *Lista de Medicamentos*, ○
- las reglas de nuestro plan no le permiten obtener la cantidad recetada por el profesional que le emitió la receta médica, ○
- el medicamento requiere autorización previa de IEHP DualChoice, ○
- usted toma algún medicamento que forme parte de una restricción de terapia escalonada.

Si está tomando un medicamento que IEHP DualChoice no considera un medicamento de la Parte D y el medicamento no está en la Lista de Medicamentos, y tiene problemas para obtener el medicamento, es posible que esté cubierto a través de Medi-Cal Rx. Si un medicamento excluido de la Parte D requiere una excepción y usted tiene una emergencia, Medi-Cal Rx permitirá un suministro del medicamento para

---

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).


*Última Actualización: 01 de Octubre de 2024*

no menos de 72 horas. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su BIC de Medi-Cal cuando surta recetas a través de Medi-Cal Rx.

Si usted está en un Centro de Cuidados para Adultos Mayores u otro centro médico de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la *Lista de Medicamentos* o si no puede obtener el medicamento que necesita, podemos ayudarle. Si ha estado en el plan por más de 90 días, vive en un centro médico de atención a largo plazo y necesita su suministro de inmediato:

- Le cubriremos un suministro de 31 días del medicamento que usted necesita (a menos que tenga una receta para menos días), aunque sea o no sea un nuevo miembro de IEHP DualChoice.
- Esto es adicional al suministro temporal durante los primeros 90 días de ser miembro de IEHP DualChoice.
- Como miembro nuevo o miembro que continúa en nuestro plan que resultó afectado por un cambio en la Lista de Medicamentos Cubiertos de un año al otro, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos. O quizá esté tomando medicamentos que sí están en nuestro formulario, pero son difíciles de conseguir. Por ejemplo, es posible que necesite una aprobación antes de que pueda obtener su medicamento. Hable con su médico en cualquiera de los casos para que le ayude a decidir la mejor solución. Esta puede ser cambiar a un medicamento que sí tenga cobertura o buscar una excepción al formulario para que sí podamos cubrir el medicamento. Mientras habla con su médico para tomar una decisión respecto a las medidas correctas que se deben tomar, es posible que cubramos su medicamento en ciertos casos, durante los primeros 90 días que usted sea miembro de nuestro plan.
- Por cada uno de los medicamentos que no esté en nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos o que sea difícil de obtener, cubriremos un suministro temporal para 31 días (a menos que tenga una receta para menos días) si va a una farmacia de la red. Después de su primer suministro para 31 días, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si usted ha sido miembro del plan por menos de 90 días.
- Si usted es residente de un centro médico de atención a largo plazo, cubriremos el resurtido de su receta hasta que le hayamos proporcionado un suministro de transición para 31 días, de acuerdo con el aumento en la cantidad despachada (a menos que tenga una receta para menos días). Cubriremos más de un resurtido de dichos medicamentos durante los primeros 90 días de su membresía. Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos o que es difícil de conseguir, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de ese medicamento para 31 días (a

---

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

*Última Actualización: 01 de Octubre de 2024*

menos que tenga una receta para menos días) mientras solicita una excepción a la Lista de Medicamentos Cubiertos.

### **B10. ¿Puedo pedir al plan que haga una excepción para cubrir mi medicamento?**

Sí. Usted puede pedirle a IEHP DualChoice que haga una excepción para cubrir su medicamento si este no está en la *Lista de Medicamentos*.

También puede pedirnos un cambio a las reglas de su medicamento.

- Por ejemplo, IEHP DualChoice podría limitar la cantidad que cubriremos de un medicamento. Si su medicamento tiene un límite, usted puede pedirnos que quitemos el límite y que cubramos más.
- Otros ejemplos: puede pedirnos que quitemos las restricciones de terapia escalonada o los requisitos de autorización previa.


### **B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?**

Para pedir una excepción, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice. Un representante de Servicios para Miembros trabajará con usted y con el profesional que le emite la receta médica para ayudarle a pedir una excepción. También puede leer la sección G del **Capítulo 9** del *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las excepciones.

### **B12. ¿Cuánto tiempo toma obtener una excepción?**

Después de que recibamos una declaración de su profesional que le emite la receta en la que respalda su pedido de una excepción, le daremos una decisión en las siguientes 72 horas. Para obtener información o indicaciones acerca de cómo y dónde los miembros de IEHP DualChoice **pueden enviar** su declaración, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice.

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>LLAME AL</b>               | 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. |
| <b>TTY</b>                    | 1-800-718-4347. Esta llamada es gratuita.  |
| <b>FAX</b>                    | (909) 890-5877   |
| <b>ESCRIBA A</b>              | IEHP DualChoice<br>P.O. Box 1800<br>Rancho Cucamonga, CA 91729-1800  |
| <b>POR CORREO ELECTRÓNICO</b> | MemberServices@iehp.org  |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

Si usted o su profesional que emite la receta médica piensa que su salud podría deteriorarse si tiene que esperar 72 horas para obtener una decisión, entonces usted puede pedir una excepción rápida. Esta es una decisión más rápida. Si su profesional que emite la receta médica respalda su solicitud, le daremos una decisión con un plazo límite de 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su profesional que emite la receta médica.

### **B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?**

Los medicamentos genéricos son elaborados con los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca registrada. Suelen costar menos que el medicamento de marca y generalmente funcionan igual de bien. No suelen tener nombres muy conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica, dependiendo de las leyes estatales.

IEHP DualChoice cubre tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos.

### **B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación tienen con los biosimilares?**

Cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una versión genérica, tienen versiones que se llaman biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico original y pueden costar menos. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.


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

### **B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?**

OTC quiere decir "de venta libre". IEHP DualChoice cubre algunos medicamentos OTC cuando su proveedor escribe una receta para solicitarlos.

Puede leer la *Lista de Medicamentos* de IEHP DualChoice para enterarse de qué medicamentos OTC están cubiertos.

---

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

*Última Actualización: 01 de Octubre de 2024*

## **B16. ¿IEHP DualChoice cubre productos OTC que no sean medicamentos?**

IEHP DualChoice cubre algunos productos OTC que no sean medicamentos cuando su proveedor escribe una receta para solicitarlos.

Los ejemplos de productos OTC que no son medicamentos incluyen las toallitas con alcohol.

Puede leer la *Lista de Medicamentos* de IEHP DualChoice para enterarse de qué productos OTC que no sean medicamentos están cubiertos.

## **B17. ¿IEHP DualChoice cubre suministros a largo plazo de medicamentos recetados?**

- **Programas de pedido por correo.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener suministros de sus medicamentos recetados hasta para 100 días, enviados directamente a su hogar. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.
- **Programas de farmacias de venta al menudeo de 100 días.** Algunas farmacias de venta al menudeo también pueden ofrecer un suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados cubiertos. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

## **B18. ¿Puedo pedir a mi farmacia local que me envíe medicamentos recetados a mi domicilio?**

Es posible que su farmacia local pueda entregarle sus medicamentos recetados en su domicilio. Puede llamar a su farmacia para averiguar si ofrece entrega a domicilio.

## **B19. ¿Cuál es mi copago?**


Los miembros de IEHP DualChoice tienen un copago de \$0 por medicamentos recetados y OTC, y por productos que no son medicamentos si el miembro sigue las reglas del plan. Consulte las preguntas B15 y B16 para obtener más información sobre los medicamentos OTC y los productos que no son medicamentos.

Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos*.

- Los medicamentos del nivel 1 tienen un copago de \$0.\*

\* Debido a que usted califica para recibir "Ayuda adicional", no pagará nada por los costos de sus medicamentos recetados siempre y cuando siga nuestras reglas. Si deja de calificar para recibir Ayuda adicional, los costos de sus medicamentos pueden cambiar.

---

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

*Última Actualización: 01 de Octubre de 2024*

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen en el pie de página de este documento.

---

## C. Resumen de la *Lista de Medicamentos Cubiertos*

La *Lista de Medicamentos Cubiertos* le proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por IEHP DualChoice. Si usted tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la sección D. El índice alfabético indica todos los medicamentos cubiertos por IEHP DualChoice.

Otros medicamentos, como algunos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando surta recetas a través de Medi-Cal Rx.

### Apelaciones conforme a la Parte D


- Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la cambiemos si considera que cometimos un error.
- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted quiere no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare o Medi-Cal.
- Si usted o el profesional que emite su receta médica no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar. Si llega a tener alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen en el pie de página de este documento.
- También puede leer el **Capítulo 9** del *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo apelar una decisión.
- Los medicamentos que no son de la Parte D tienen reglas diferentes para las apelaciones.

### C1. Lista de Medicamentos por afección médica

Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías de acuerdo con el tipo de enfermedades para las que se usan como tratamiento. Por ejemplo, si tiene una enfermedad del corazón, debe buscar en la categoría de Agentes cardiovasculares. Ahí encontrará medicamentos para tratar enfermedades del corazón.

Estos son los significados de los códigos que se usan en la columna "Medidas necesarias, restricciones o límites de uso":

---

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024



**EDAD:** límite de edad. Para ciertos medicamentos, IEHP DualChoice requiere una autorización previa si se supera el límite de edad específico.

**LA:** acceso limitado (Limited Access). Este medicamento solo está disponible en ciertas farmacias.

**NDS:** suministro diario no extendido (Non-Extended Day Supply). Se trata de un medicamento que se dispensa hasta por un suministro para 31 días.

**PA:** autorización previa (Prior Authorization). IEHP DualChoice requiere que usted o su médico obtenga nuestra aprobación antes de surtir un determinado medicamento. Este paso adicional se llama "autorización previa". Si no obtiene la aprobación, es posible que IEHP DualChoice no cubra el medicamento.

**PA NSO:** autorización previa solo para nuevos ingresos (Prior Authorization for New Starts Only). IEHP DualChoice pide que usted o su médico obtenga nuestra aprobación antes de surtir determinado medicamento en caso de que no haya tomado dicho medicamento anteriormente. Si no obtiene la aprobación, es posible que IEHP DualChoice no cubra el medicamento.


**PA BvD:** autorización previa de la Parte B en comparación con la Parte D (Part B vs D Prior Authorization). Este es un medicamento que tiene un requisito especial de "PA". Es posible que tenga la cobertura de uno o dos programas de beneficios: 1) Parte B de Medicare o 2) Parte D de Medicare; esto depende de varios factores. Es posible que su médico deba proporcionarnos más información sobre el uso y el contexto del medicamento.

**QL:** límite de cantidad (Quantity Limit). Para ciertos medicamentos, IEHP DualChoice limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Esto podría agregarse a un suministro estándar para un mes o para tres meses.

**ST:** terapia escalonada (Step Therapy) En algunos casos, IEHP DualChoice requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica. Este es el proceso para que podamos cubrir otro medicamento para dicha afección. Por ejemplo, el medicamento A o el medicamento B puede tratar su afección, pero es posible que IEHP DualChoice no cubra el medicamento B si no prueba el medicamento A primero. Si el medicamento A no resulta eficaz para usted, IEHP DualChoice cubrirá el medicamento B.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos aparecen en letras minúsculas y cursivas (por ejemplo, *atorvastatina comprimido oral 10 mg*); los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (por ejemplo, ABRYSSVO (PF) SOLUCIÓN RECONSTITUIDA INTRAMUSCULAR 120 MCG/0.5 ML). La información de la columna titulada "Medidas necesarias, restricciones o límites de uso" le indica si IEHP DualChoice tiene alguna regla para cubrir su medicamento.


---

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024


## Abreviaturas de la presentación 2025

| Abreviatura de la presentación | Definición   |
|--------------------------------|--|
| hr                             | hora (hour)  |
| act                            | activado (activated)   |
| aero                           | aerosol  |
| admin                          | administración (administration)                              |
| ampul                          | ampolleta (ampule)   |
| app                            | aplicador (applicator)                                       |
| appl                           | aplicador (applicator)                                       |
| auto                           | automático (automatic)                                       |
| cap                            | cápsula (capsule)  |
| chew                           | masticable (chewable)  |
| CT                             | conteo (count)   |
| comb                           | lote (combo)   |
| del                            | retrasado (delayed)  |
| disinteg                       | bucodispersable (disintegrating)                             |
| disgregar                      | bucodispersable (disintegrating)                             |
| dose                           | dosis (dosage)   |
| DR                             | liberación retardada (delayed release)                       |
| EC                             | capa entérica (Enteric-Coated)                               |
| emolnt                         | emoliente (emollient)  |
| ENFit                          | conector de alimentación enteral (enteral feeding connector) |
| er                             | liberación prolongada (extended release)                     |
| ER                             | liberación prolongada (extended release)                     |
| ext                            | prolongado (extended)  |
| extnd                          | prolongado (extended)  |
| extend                         | prolongado (extended)  |
| gast                           | gástrico (gastric)   |
| HFA                            | hidrofluoroalcano (hydrofluoroalkane)                        |
| hi                             | alta   |
| IR                             | liberación inmediata (immediate release)                     |
| liqd                           | líquido (liquid)   |
| loz                            | pastilla para chupar (lozenge)                               |
| lo                             | baja (low)   |
| lozeng                         | pastilla para chupar (lozenge)                               |
| mini lozenge                   | pastilla para chupar en miniatura (miniature lozenge)        |
| misc                           | misceláneo (miscellaneous)                                   |
| MP                             | bomba dosificadora (Metered Pump)                            |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| Abreviatura de la presentación | Definición  |
|--------------------------------|---|
| muco                           | mucosa (mucous)   |
| pak                            | paquete (packet)  |
| pack                           | paquete (packet)  |
| PCA                            | administración controlada por el paciente (Patient Controlled Administration) |
| pell                           | granulado (pellet)  |
| pk                             | envase (package)  |
| Powdr                          | polvo (powder)  |
| pt                             | paciente (patient)  |
| recon                          | reconstituido (reconstituted)   |
| rel                            | liberación (release)  |
| releas                         | liberación (release)  |
| soln                           | solución (solution)   |
| sprinkl                        | espolvorear (sprinkle)  |
| susp                           | suspensión (suspension)   |
| suspen                         | suspensión (suspension)   |
| syring                         | jeringa (syringe)   |
| tab                            | tableta (tablet)  |
| TD                             | transdérmico (transdermal)  |
| var                            | variable  |
| w/                             | con (with)  |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).


Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

## Índice

|  |    |
|--|----|
| <b>Analgésicos</b> .....   | 25 |
| <b>Anestésico</b> .....  | 26 |
| <b>Agentes para Combatir el Abuso de Sustancias/Antiadicción</b> ..... | 26 |
| <b>Agentes Ansiolíticos</b> .....                                      | 27 |
| <b>Antibacterianos</b> .....   | 28 |
| <b>Agentes Contra el Cáncer</b> .....                                  | 33 |
| <b>Agentes Anticolinérgicos</b> .....                                  | 41 |
| <b>Anticonvulsivos</b> .....   | 41 |
| <b>Agentes Contra la Demencia</b> .....                                | 46 |
| <b>Antidepresivos</b> .....  | 46 |
| <b>Agentes para Controlar la Diabetes</b> .....                        | 50 |
| <b>Antimicóticos</b> .....   | 53 |
| <b>Agentes para el Tratamiento de la Gota</b> .....                    | 55 |
| <b>Antihistamínicos</b> .....  | 55 |
| <b>Antiinfecciosos (Piel Y Membrana Mucosa)</b> .....                  | 55 |
| <b>Agentes para Combatir la Migraña</b> .....                          | 55 |
| <b>Antimicobacterianos</b> .....                                       | 56 |
| <b>Agentes Contra las Náuseas</b> .....                                | 56 |
| <b>Agentes Antiparasitarios</b> .....                                  | 57 |
| <b>Agentes Antiparkinsonianos</b> .....                                | 58 |
| <b>Agentes Antipsicóticos</b> .....                                    | 58 |
| <b>Antivirales (Sistémico)</b> .....                                   | 62 |
| <b>Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores de Volumen</b> .....  | 66 |
| <b>Agentes Calóricos</b> .....   | 68 |
| <b>Agentes Cardiovasculares</b> .....                                  | 69 |
| <b>Agentes del Sistema Nervioso Central</b> .....                      | 75 |
| <b>Anticonceptivos</b> .....   | 77 |
| <b>Agentes Dentales Y Orales</b> .....                                 | 80 |
| <b>Agentes Dermatológicos</b> .....                                    | 80 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Dispositivos</b> .....  | 83  |
| <b>Reemplazo/Modificadores de Enzimas</b> .....                          | 120 |
| <b>Agentes para Ojos, Oídos, Nariz y Garganta</b> .....                  | 121 |
| <b>Agentes Gastrointestinales</b> .....                                  | 123 |
| <b>Agentes Genitourinarios</b> .....                                     | 125 |
| <b>Antagonistas de Metales Pesados</b> .....                             | 126 |
| <b>Agentes Hormonales, Estimulantes/de Reemplazo/Modificadores</b> ..... | 126 |
| <b>Agentes Inmunológicos</b> .....                                       | 129 |
| <b>Agentes de Enfermedades Inflamatorias del Intestino</b> .....         | 136 |
| <b>Soluciones de Irrigación</b> .....                                    | 137 |
| <b>Agentes de Enfermedades Óseas Metabólicas</b> .....                   | 137 |
| <b>Agentes Terapéuticos Varios</b> .....                                 | 138 |
| <b>Agentes Oftálmico</b> .....   | 139 |
| <b>Preparaciones de Reemplazo</b> .....                                  | 140 |
| <b>Agentes de las Vías Respiratoria</b> .....                            | 141 |
| <b>Relajantes del Músculo Esquelético</b> .....                          | 145 |
| <b>Agentes para Trastornos del Sueño</b> .....                           | 145 |
| <b>Agentes Vasodilatadores</b> .....                                     | 146 |
| <b>Vitaminas Y Minerales</b> .....                                       | 146 |

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <b>Analgésicos</b>  |  |   |
| <b>Analgésicos, Varios</b>  |  |   |
| <i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (90 por 1 día)                              |
| <i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (12 por 1 día)                              |
| <i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (6 por 1 día)                               |
| <i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>endocet oral tablet 5-325 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i> | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| <i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>                       | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>                                | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (8 por 1 día)                               |
| <i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (5 por 1 día)                               |
| <i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>morphine oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| MORPHINE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>morphine oral tablet extended release 15 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (3 por 1 día)                               |
| <i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>oxycodone oral tablet 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (6 por 1 día)                               |
| <i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>tramadol oral tablet 100 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |
| <i>tramadol oral tablet 50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (8 por 1 día)                               |
| <b>Agentes Antiinflamatorios No Esteroides</b>  |  |   |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).


Última Actualización: 01 de Octubre de 2024



| <b>Nombre del Medicamento</b>   | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| <i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>                               | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (2 por 1 día)   |
| <i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i>                               | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>diclofenac potassium oral tablet 25 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>                        | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg, 75 mg</i>                | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>                       | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (3000 por 93 días)                                      |
| <i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i> | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; NDS; QL (4 por 1 día); AGE (Máx. 64 Años)              |
| <i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| <i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <b>Anestésico</b>   |   |  |
| <b>Anestésico Locales</b>   |   |  |
| <i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>                              | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %</i>                                    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; NDS; QL (3 por 1 día)                                  |
| <i>lidocaine topical ointment 5 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS; QL (1.94 por 1 día)                                   |
| <i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i>                                     | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <b>Agentes para Combatir el Abuso de Sustancias/Antiadicción</b>                          |   |  |
| <b>Agentes para Combatir el Abuso de Sustancias/Antiadicción</b>                          |   |  |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| <b>Nombre del Medicamento</b>   | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| <i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>                      | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg</i>                                     | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (3 por 1 día)   |
| <i>buprenorphine hcl sublingual tablet 8 mg</i>                                     | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS; QL (3 por 1 día)                                      |
| <i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>                    | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (3 por 1 día)   |
| <i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>      | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i> | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i>                             | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| NARCAN NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 4 MG/ACTUATION                                      | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML                                       | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)</i>                         | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>varenicline oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>                   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <b>Agentes Ansiolíticos</b>   |   |  |
| <b>Benzodiazepinas</b>  |   |  |
| <i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>                           | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS; QL (5 por 1 día)                                      |
| <i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>                         | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS; QL (4 por 1 día)                                      |
| <i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>                                    | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (10 por 1 día)  |
| <i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (10 por 1 día)  |
| <i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>                   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS; QL (6 por 1 día)                                      |
| <i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (8 por 1 día)                                   |
| <i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; NDS; QL (40 por 1 día)                             |
| <i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS; QL (4 por 1 día)                                      |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>   | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| <i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS; QL (5 por 1 día)                                      |
| <i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; NDS; AGE (Máx. 64 Años)                                |
| <i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <b>Antibacterianos</b>  |   |  |
| <b>Aminoglucósidos</b>  |   |  |
| <i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; NDS; QL (8.4 por 1 día)                                |
| <i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i> | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>neomycin oral tablet 500 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; QL (8 por 1 día)                                       |
| <i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>                              | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; QL (10 por 1 día)                                      |
| <i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; QL (8 por 1 día)                                       |
| <i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <b>Antibacterianos, Varios</b>  |   |  |
| CLINDAMYCIN 600 MG/50 ML-NS OUTER,SINGLE-USE  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml, 900 mg/50 ml</i>                             | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| CLINDAMYCIN IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 600 MG/50 ML  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| FIRVANQ ORAL RECON SOLN 25 MG/ML  | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (80 por 1 día)  |
| <i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>               | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (60 por 1 día)                              |
| <i>linezolid oral tablet 600 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (2 por 1 día)                               |
| <i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i>     | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>                               | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>          | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i>                     | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>                              | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 500 mg, 750 mg</i>    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS; QL (16 por 1 día)                          |
| <i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS; QL (8 por 1 día)                           |
| <i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i>                                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL (80 por 1 día)                                   |
| <i>vancomycin oral recon soln 50 mg/ml</i>                                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL (40 por 1 día)                                   |
| XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <b>Cefalosporinas</b>   |  |   |
| <i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>                     | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i> | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>                 | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>                           | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>cefixime oral capsule 400 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>  | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|--|---|--|
| <i>cefotixin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>                          | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>cefepodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>           | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>cefepodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>             | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i>                           | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>          | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>                                     | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>            | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <b>Macrólidos</b>  |   |  |
| <i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>          | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>        | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>                          | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML                                      | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (136 por 10 días)                                       |
| DIFICID ORAL TABLET 200 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (20 por 10 días)  |
| <i>erythrocina (as stearate) oral tablet 250 mg</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| ERYTHROCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>erythromycin oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg</i>                          | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>erythromycin oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg, 500 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Varios Antibióticos Betalactámicos</b>  |  |   |
| <i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg, 500 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <b>Penicilinas</b>   |  |   |
| <i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i> | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K)  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).


Última Actualización: 01 de Octubre de 2024



| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML         | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>nafcillin injection recon soln 2 gram</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>oxacillin in dextrose(iso-osm) intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml</i>               | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>oxacillin injection recon soln 1 gram</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>oxacillin injection recon soln 10 gram, 2 gram</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>penicillin g pot in dextrose intravenous piggyback 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml</i> | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>penicillin g sodium injection recon soln 5 million unit</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>                               | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram</i>                | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <b>Quinolonas</b>  |  |   |
| <i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>                             | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>                        | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i>                            | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <b>Sulfonamidas</b>  |  |   |
| <i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>       | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <b>Tetraciclinas</b>   |  |   |
| <i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i>                                | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>                        | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i>                                | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>                    | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>doxycycline monohydrate oral capsule,ir - delay rel,biphase 40 mg</i>     | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i> | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>      | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>                         | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| ORACEA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 40 MG                             | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>                              | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i>                              | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| <b>Agentes Contra el Cáncer</b>  |  |   |
| <b>Agentes Contra el Cáncer</b>  |  |   |
| <i>abiraterone oral tablet 250 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (4 por 1 día)                            |
| <i>abiraterone oral tablet 500 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (2 por 1 día)                            |
| AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG                             | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG                                     | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG                                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; NDS   |
| <i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (8 por 1 día)                            |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>   | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |
| AYVAKIT ORAL TABLET 50 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (6 por 1 día)                                   |
| BALVERSA ORAL TABLET 3 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (3 por 1 día)                                   |
| BALVERSA ORAL TABLET 4 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |
| BALVERSA ORAL TABLET 5 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |
| <i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| <i>bexarotene topical gel 1 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; NDS  |
| <i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (6 por 1 día)                                   |
| BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (8 por 1 día)                                   |
| CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (4 por 1 día)                                   |
| CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |
| COTELLIC ORAL TABLET 20 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; LA   |
| <i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA BvD; NDS  |
| <i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA BvD   |
| DAURISMO ORAL TABLET 100 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |
| DAURISMO ORAL TABLET 25 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |
| ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| ERLEADA ORAL TABLET 240 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| ERLEADA ORAL TABLET 60 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (4 por 1 día)                            |
| <i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg</i>                                | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| <i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (2 por 1 día)                            |
| <i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| <i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg</i>         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg, 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| <i>exemestane oral tablet 25 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (4 por 1 día)                            |
| FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG, 80 MG       | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; NDS   |
| FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG                                      | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (5 por 1 día)                            |
| FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (4 por 1 día)                            |
| <i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; NDS   |
| GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG                                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG                                | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| <i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>                                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG                                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG                                  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG                                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (2 por 1 día)                            |
| IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| <i>imatinib oral tablet 100 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (3 por 1 día)                            |
| <i>imatinib oral tablet 400 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (2 por 1 día)                            |
| IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (3 por 1 día)                            |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>  | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|--|---|--|
| IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |
| IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (8 por 1 día)                                   |
| IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (4 por 1 día)                                   |
| IMBRUVICA ORAL TABLET 280 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |
| IMBRUVICA ORAL TABLET 420 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |
| INLYTA ORAL TABLET 1 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |
| INLYTA ORAL TABLET 5 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (4 por 1 día)                                   |
| INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (0.18 por 1 día)                                |
| INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (4 por 1 día)                                   |
| IRESSA ORAL TABLET 250 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; NDS  |
| IWILFIN ORAL TABLET 192 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (8 por 1 día)                                   |
| JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |
| JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (3 por 1 día)                                   |
| JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (6 por 1 día)                                   |
| JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG, 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG, 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (0.75 por 1 día)                                |
| KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1.5 por 1 día)                                 |
| KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2.25 por 1 día)                                |
| KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (8 por 1 día)                                   |
| KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (4 por 1 día)                                   |
| KRAZATI ORAL TABLET 200 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (6 por 1 día)                                   |
| <i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (6 por 1 día)                                   |
| LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |
| LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (3 por 1 día)                                   |
| <i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2)   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1) | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (3 por 1 día)                            |
| LENVIMA ORAL CAPSULE 4 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| <i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| <i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; NDS   |
| LORBRENA ORAL TABLET 100 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| LORBRENA ORAL TABLET 25 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (3 por 1 día)                            |
| LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (8 por 1 día)                            |
| LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (3 por 1 día)                            |
| LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| LYSODREN ORAL TABLET 500 MG  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; NDS   |
| <i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; NDS; AGE (Máx. 64 Años)                     |
| MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (42 por 1 día)                           |
| MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (3 por 1 día)                            |
| MEKINIST ORAL TABLET 2 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (6 por 1 día)                            |
| <i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>   | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| <i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>                                     | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| NERLYNX ORAL TABLET 40 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (6 por 1 día)                                   |
| NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; NDS; QL (4 por 1 día)                              |
| <i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| NUBEQA ORAL TABLET 300 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (4 por 1 día)                                   |
| ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; LA   |
| OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |
| OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (6 por 1 día)                                   |
| OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (3.5 por 1 día)                                 |
| OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6) | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (0.86 por 1 día)                                |
| OJJAARA ORAL TABLET 100 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |
| OJJAARA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |
| ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |
| ORSERDU ORAL TABLET 345 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |
| ORSERDU ORAL TABLET 86 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (3 por 1 día)                                   |
| <i>pazopanib oral tablet 200 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |
| PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |
| PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)                     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |
| POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; NDS  |
| QINLOCK ORAL TABLET 50 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (3 por 1 día)                                   |
| RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (8 por 1 día)                                   |
| RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (4 por 1 día)                                   |
| RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |
| RETEVMO ORAL TABLET 40 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (8 por 1 día)                                   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| RETEVMO ORAL TABLET 80 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (4 por 1 día)                            |
| REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG      | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG                                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (2 por 1 día)                            |
| ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG                                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (6 por 1 día)                            |
| ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG                                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (3 por 1 día)                            |
| ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG                              | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (12 por 1 día)                           |
| RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG                          | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (4 por 1 día)                            |
| SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (20 por 1 día)                           |
| SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (10 por 1 día)                           |
| SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>sorafenib oral tablet 200 mg</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; NDS; QL (4 por 1 día)                       |
| SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG                                  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (3 por 1 día)                            |
| SPRYCEL ORAL TABLET 50 MG, 70 MG, 80 MG                             | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (2 por 1 día)                            |
| STIVARGA ORAL TABLET 40 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; NDS   |
| <i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG                  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; NDS   |
| TABLOID ORAL TABLET 40 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; NDS   |
| TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG                                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (4 por 1 día)                            |
| TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG                                  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG                           | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG                                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; LA; NDS                                     |
| TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.75 MG, 1 MG                | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG                                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (3 por 1 día)                            |
| TALZENNA ORAL CAPSULE 0.5 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (2 por 1 día)                            |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).


Última Actualización: 01 de Octubre de 2024



| <b>Nombre del Medicamento</b>   | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| <i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| TARGRETIN TOPICAL GEL 1 %   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; NDS  |
| TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG                                      | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (4 por 1 día)                                   |
| TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (8 por 1 día)                                   |
| TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |
| TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |
| <i>toremifene oral tablet 60 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>torpenz oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>                          | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |
| TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| <i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>                            | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2.3 por 1 día)                                 |
| TUKYSA ORAL TABLET 150 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (4 por 1 día)                                   |
| TUKYSA ORAL TABLET 50 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (3 por 1 día)                                   |
| TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (4 por 1 día)                                   |
| VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 50 MG                                      | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; LA   |
| VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG              | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; LA; NDS  |
| VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG                              | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |
| VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |
| VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (6 por 1 día)                                   |
| VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (10 por 1 día)                                  |
| VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |
| VONJO ORAL CAPSULE 100 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; NDS  |
| VORANIGO ORAL TABLET 10 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (4 por 1 día)                                   |
| VORANIGO ORAL TABLET 40 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |
| VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| WELIREG ORAL TABLET 40 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (3 por 1 día)                                   |
| XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| XALKORI ORAL PELLETT 150 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (6 por 1 día)                                   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| XALKORI ORAL PELLETT 20 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (8 por 1 día)                            |
| XALKORI ORAL PELLETT 50 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (4 por 1 día)                            |
| XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| XOSPATA ORAL TABLET 40 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (3 por 1 día)                            |
| XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2) | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (0.29 por 1 día)                         |
| XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)                               | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (0.15 por 1 día)                         |
| XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (0.86 por 1 día)                         |
| XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1.15 por 1 día)                         |
| XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| YONSA ORAL TABLET 125 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (4 por 1 día)                            |
| ZEJULA ORAL TABLET 100 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (3 por 1 día)                            |
| ZEJULA ORAL TABLET 200 MG, 300 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (8 por 1 día)                            |
| ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; NDS; QL (4 por 1 día)                       |
| ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (3 por 1 día)                            |
| <b>Agentes Anticolinérgicos</b>   |  |   |
| <b>Antimuscarínicos/Antiespasmódicos</b>  |  |   |
| <i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (8 por 1 día)                                    |
| <i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5 ml (0.2 mg/ml)</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Anticonvulsivos</b>  |  |   |
| <b>Anticonvulsivos</b>  |  |   |
| APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (2 por 1 día)                            |
| BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (20 por 1 día)                                   |
| BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (8 por 1 día)                                    |
| BRIVIACT ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>  | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|--|---|--|
| <i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>                               | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>                              | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (16 por 1 día)                                  |
| <i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |
| DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG, 500 MG                                  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| <i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>             | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>                    | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>            | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML  | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (16 por 1 día)  |
| EQUETRO ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG               | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>                                    | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (24 por 1 día)                                  |
| FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG                       | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |
| <i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>                          | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (9 por 1 día)   |
| <i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>                                    | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (72 por 1 día)  |
| <i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (6 por 1 día)   |
| <i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (4 por 1 día)   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (40 por 1 día)                                   |
| <i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| LAMICTAL XR STARTER (BLUE) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 25 MG (21) -50 MG (7)  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| LAMICTAL XR STARTER (GREEN) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 50 MG(14)-100MG (14)-200 MG (7)   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| LAMICTAL XR STARTER (ORANGE) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 25MG (14)-50 MG (14)-100MG (7)   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) -100 mg (14)</i> | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lamotrigine oral tablets,dose pack 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14)</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (5 por 1 día)                                    |
| <i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |
| LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; NDS   |
| <i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| MOTPOLY XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (4 por 1 día)                            |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>  | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|--|---|--|
| MOTPOLY XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 150 MG, 200 MG                                     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |
| NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| <i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (16 por 1 día)                                  |
| OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 300 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (8 por 1 día)                                   |
| OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (4 por 1 día)                                   |
| <i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años)                                 |
| <i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años)                                 |
| <i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>                             | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>                       | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (3 por 1 día)                                   |
| <i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |
| <i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (30 por 1 día)                                  |
| <i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (80 por 1 día)                                  |
| <i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (8 por 1 día)                                   |
| SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG                              | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| <i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>subvenite starter (blue) kit oral tablets, dose pack 25 mg (35)</i>                           | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>subvenite starter (green) kit oral tablets, dose pack 25 mg (84) -100 mg (14)</i>             | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>subvenite starter (orange) kit oral tablets, dose pack 25 mg (42) -100 mg (7)</i>             | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 100 mg</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |
| <i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 200 mg</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 25 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (16 por 1 día)                                   |
| <i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 50 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (8 por 1 día)                                    |
| <i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 100 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |
| <i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 150 mg, 200 mg</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 25 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (16 por 1 día)                                   |
| <i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 50 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (8 por 1 día)                                    |
| <i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>topiramate oral tablet 25 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>                                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)                         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2)      | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (6 por 1 día)                                    |
| <i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>vigadrone oral tablet 500 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (6 por 1 día)                                    |
| VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| XCOPRI ORAL TABLET 100 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>  | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|--|---|--|
| XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (2 por 1 día)   |
| XCOPRI ORAL TABLET 25 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (16 por 1 día)  |
| XCOPRI ORAL TABLET 50 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (8 por 1 día)   |
| XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |

### **Agentes Contra la Demencia**

#### **Agentes Contra la Demencia**

|   |               |                       |
|---|---------------|-----------------------|
| <i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1) | QL (1 por 1 día)      |
| <i>donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg</i>                                       | \$0 (Nivel 1) | QL (1 por 1 día)      |
| <i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>  | \$0 (Nivel 1) |                       |
| <i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>                     | \$0 (Nivel 1) | QL (1 por 1 día)      |
| <i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>  | \$0 (Nivel 1) | QL (6.46 por 1 día)   |
| <i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>  | \$0 (Nivel 1) | QL (2 por 1 día)      |
| <i>memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>                      | \$0 (Nivel 1) | QL (1 por 1 día)      |
| <i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>  | \$0 (Nivel 1) | QL (10 por 1 día)     |
| <i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1) | QL (2 por 1 día)      |
| <i>memantine oral tablets,dose pack 5-10 mg</i>   | \$0 (Nivel 1) | NDS                   |
| NAMENDA XR ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7-14-21-28 MG                                  | \$0 (Nivel 1) | NDS; QL (1 por 1 día) |
| <i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>                          | \$0 (Nivel 1) | QL (2 por 1 día)      |
| <i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i> | \$0 (Nivel 1) | QL (1 por 1 día)      |


### **Antidepresivos**

#### **Antidepresivos**

|   |               |   |
|---|---------------|---|
| <i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> | \$0 (Nivel 1) | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años)                    |
| <i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg</i>                 | \$0 (Nivel 1) | PA NSO; QL (12 por 1 día); AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 25-10 mg</i>                  | \$0 (Nivel 1) | PA NSO; QL (6 por 1 día); AGE (Máx. 64 Años)  |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>                         | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años)                          |
| AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG                               | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (2 por 1 día)                            |
| <i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |
| <i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (3 por 1 día)                                    |
| <i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg</i>                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL (3 por 1 día)                                    |
| <i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 450 mg</i>            | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>citalopram oral capsule 30 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (20 por 1 día)                                   |
| <i>citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>                              | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años)                          |
| <i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>         | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años)                          |
| <i>desvenlafaxine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>                   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |
| <i>desvenlafaxine oral tablet extended release 24 hr 50 mg</i>                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL (8 por 1 día)                                    |
| <i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>         | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |
| <i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 25 mg, 50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>            | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años)                          |
| <i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años)                          |
| DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (2 por 1 día)                            |
| <i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR               | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).


Última Actualización: 01 de Octubre de 2024



| <b>Nombre del Medicamento</b>   | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| <i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>                     | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (20 por 1 día)  |
| <i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>              | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)       | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; NDS; QL (1 por 1 día)                              |
| FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |
| <i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 40 mg</i>                             | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| <i>fluoxetine oral capsule 20 mg</i>                                    | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (4 por 1 día)   |
| <i>fluoxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 90 mg</i>            | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (0.15 por 1 día)  |
| <i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>                    | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (20 por 1 día)  |
| <i>fluoxetine oral tablet 10 mg</i>                                     | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (12 por 1 día)  |
| <i>fluoxetine oral tablet 20 mg</i>                                     | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (6 por 1 día)   |
| <i>fluoxetine oral tablet 60 mg</i>                                     | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (2 por 1 día)   |
| <i>fluvoxamine oral capsule, extended release 24hr 100 mg</i>           | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (3 por 1 día)   |
| <i>fluvoxamine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i>           | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (2 por 1 día)   |
| <i>fluvoxamine oral tablet 100 mg</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (3 por 1 día)   |
| <i>fluvoxamine oral tablet 25 mg</i>                                    | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| <i>fluvoxamine oral tablet 50 mg</i>                                    | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (2 por 1 día)   |
| <i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>                   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años)                                 |
| <i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años)                                 |
| MARPLAN ORAL TABLET 10 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (6 por 1 día)   |
| <i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>              | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| <i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>      | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| <i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>     | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>            | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>                           | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| <i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg</i>              | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (3 por 1 día)   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (30 por 1 día)                                   |
| <i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>                              | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            | QL (6 por 1 día)                                    |
| <i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 25 mg</i>                            | \$0 (Nivel 1)                            | QL (3 por 1 día)                                    |
| <i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 37.5 mg</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años)                          |
| <i>phenelzine oral tablet 15 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años)                          |
| PROZAC ORAL CAPSULE 20 MG   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>sertraline oral capsule 150 mg, 200 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (10 por 1 día)                                   |
| <i>sertraline oral tablet 100 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>sertraline oral tablet 25 mg, 50 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>                                     | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años)                          |
| TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| <i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>             | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 75 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (3 por 1 día)                                    |
| <i>venlafaxine oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg</i>                               | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 225 mg</i>                               | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 37.5 mg</i>                              | \$0 (Nivel 1)                            | QL (10 por 1 día)                                   |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>   | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| <i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 75 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (5 por 1 día)   |
| VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |
| <i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |
| ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (2 por 1 día)   |
| ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| <b>Agentes para Controlar la Diabetes</b>   |   |  |
| <b>Agentes para Controlar la Diabetes, Varios</b>   |   |  |
| <i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (3 por 1 día)   |
| FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| INVOKAMET ORAL TABLET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG                            | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| INVOKAMET XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| INVOKANA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (2 por 1 día)   |
| JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG                                | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (2 por 1 día)   |
| JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| KORLYM ORAL TABLET 300 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; QL (4 por 1 día)                                       |
| <i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (2 por 1 día)   |
| <i>metformin oral tablet 500 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (4 por 1 día)   |
| <i>metformin oral tablet 625 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>metformin oral tablet 850 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (3 por 1 día)   |
| <i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (4 por 1 día)   |
| <i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (3 por 1 día)   |
| <i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; QL (4 por 1 día)                                       |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (3 por 1 día)                                    |
| OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)            | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (8 por 1 día)                                    |
| RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 7.5-1,000 MG, 7.5-500 MG  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| STEGLATRO ORAL TABLET 15 MG, 5 MG  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| STEGLUJAN ORAL TABLET 15-100 MG, 5-100 MG  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 25-1,000 MG, 5-1,000 MG                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML                            | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Insulinas</b>   |  |   |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>  | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|--|---|--|
| BASAGLAR KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)         | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1.46 por 1 día)  |
| HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100 SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (50-50)         | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1.3 por 1 día)   |
| HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (75-25)         | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1.3 por 1 día)   |
| HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)            | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1.3 por 1 día)   |
| HUMULIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML                    | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1.3 por 1 día)   |
| HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML                      | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1.3 por 1 día)   |
| HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML                   | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1.3 por 1 día)   |
| <i>insulin lispro protamin-lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (75-25)</i> | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1.46 por 1 día)  |
| <i>insulin lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i>                         | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1.46 por 1 día)  |
| <i>insulin lispro subcutaneous insulin pen, half-unit 100 unit/ml</i>              | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1.46 por 1 día)  |
| <i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>                            | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1.3 por 1 día)   |
| LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)          | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1.46 por 1 día)  |
| LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML                             | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1.3 por 1 día)   |
| NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)            | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1.3 por 1 día)   |
| NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML                    | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1.3 por 1 día)   |
| NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML                      | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1.3 por 1 día)   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)          | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1.46 por 1 día)                                 |
| TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)    | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1.46 por 1 día)                                 |
| <b>Sulfonilureas</b>   |  |   |
| <i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>glipizide oral tablet 10 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |
| <i>glipizide oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>                       | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>                | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>                              | \$0 (Nivel 1)                            | QL (3 por 1 día)                                    |
| <i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |
| <i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>                     | \$0 (Nivel 1)                            | PA; AGE (Máx. 64 Años)                              |
| <i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>                             | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (4 por 1 día); AGE (Máx. 64 Años)            |
| <i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg</i>                             | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (3 por 1 día); AGE (Máx. 64 Años)            |
| <i>glyburide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (4 por 1 día); AGE (Máx. 64 Años)            |
| <b>Antimicóticos</b>   |  |   |
| <b>Antimicóticos</b>   |  |   |
| ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| <i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>                               | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| <i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| <i>casprofungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg</i>                        | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| <i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>ciclopirox topical solution 8 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>   | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| <i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>clotrimazole topical cream 1 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS; QL (60 por 30 días)                                   |
| <i>clotrimazole topical solution 1 %</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS; QL (60 por 30 días)                                   |
| <i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>                                | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>                               | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>econazole topical cream 1 %</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i> | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>                | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>                            | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>                               | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS; QL (4 por 1 día)                                      |
| <i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA   |
| <i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>ketoconazole topical cream 2 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| NOXAFIL ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (40 MG/ML)  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA   |
| <i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>                        | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>                  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>               | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>                                     | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i>                             | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| <i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (20 por 1 día)                              |
| <i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (2 por 1 día)                               |
| <b>Agentes para el Tratamiento de la Gota</b>                                 |  |   |
| <b>Agentes para el Tratamiento de la Gota, Otros</b>                          |  |   |
| <i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>                                    | \$0 (Nivel 1)                            | ST  |
| <i>probenecid oral tablet 500 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Antihistamínicos</b>   |  |   |
| <b>Antihistamínicos</b>   |  |   |
| <i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>                               | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; AGE (Máx. 64 Años)                              |
| <b>Antiinfecciosos (Piel Y Membrana Mucosa)</b>                               |  |   |
| <b>Antiinfecciosos (Piel Y Membrana Mucosa)</b>                               |  |   |
| <i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>                                | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>                       | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <b>Agentes para Combatir la Migraña</b>                                       |  |   |
| <b>Agentes para Combatir la Migraña</b>                                       |  |   |
| AIMOVIG AUTOINJECTOR<br>SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140<br>MG/ML, 70 MG/ML     | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (0.04 por 1 día)                             |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).


Última Actualización: 01 de Octubre de 2024



| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>                              | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (40 por 28 días)                            |
| MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (24 por 31 días)                            |
| <i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (12 por 31 días)                            |
| <i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>                   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (12 por 31 días)                            |
| <i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>                | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (9 por 31 días)                             |
| <i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i>              | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (4 por 28 días)                             |
| <i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i>           | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (4 por 28 días)                             |
| <i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>               | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (4 por 28 días)                             |
| UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (16 por 30 días)                             |
| <b>Antimicobacterianos</b>   |  |   |
| <b>Antimicobacterianos</b>   |  |   |
| <i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>                                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>                                    | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| PASER ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 4 GRAM                             | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i>                                | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| SIRTURO ORAL TABLET 100 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| TRECATOR ORAL TABLET 250 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <b>Agentes Contra las Náuseas</b>  |  |   |
| <b>Agentes Contra las Náuseas</b>  |  |   |
| <i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 mg</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| <i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>              | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| <i>compro rectal suppository 25 mg</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>                           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| <i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| <i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>                        | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| <i>ondansetron oral tablet, disintegrating 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>     | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| <i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>                     | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>                | \$0 (Nivel 1)                            | PA; AGE (Máx. 64 Años)                              |
| <i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>                | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS; AGE (Máx. 64 Años)                         |
| <i>promethegan rectal suppository 25 mg, 50 mg</i>                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS; AGE (Máx. 64 Años)                         |
| SANCUSO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 3.1 MG/24 HOUR                      | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>     | \$0 (Nivel 1)                            | QL (10 por 30 días)                                 |
| <b>Agentes Antiparasitarios</b>                                      |  |   |
| <b>Agentes Antiparasitarios</b>                                      |  |   |
| <i>albendazole oral tablet 200 mg</i>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>                        | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| <i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>       | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>              | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS; QL (3 por 1 día)                           |
| <i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>paromomycin oral capsule 250 mg</i>                               | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i>                      | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| <i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i>                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)                          | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| <i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <b>Agentes Antiparkinsonianos</b>  |  |   |
| <b>Agentes Antiparkinsonianos</b>  |  |   |
| <i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>benzotropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>entacapone oral tablet 200 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR<br>1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>tolcapone oral tablet 100 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; AGE (Máx. 64 Años)                              |
| <i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; AGE (Máx. 64 Años)                              |
| ZELAPAR ORAL<br>TABLET, DISINTEGRATING 1.25 MG   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Agentes Antipsicóticos</b>  |  |   |
| <b>Agentes Antipsicóticos</b>  |  |   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (0.06 por 1 día)                         |
| ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (0.08 por 1 día)                         |
| ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG          | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (0.08 por 1 día)                         |
| ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 400 MG          | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (0.04 por 1 día)                         |
| ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (0.04 por 1 día)                         |
| <i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>                                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL (30 por 1 día)                                   |
| <i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>       | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg</i>                  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>               | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (2 por 1 día)                            |
| CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG                                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| <i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg</i>                           | \$0 (Nivel 1)                            | QL (9 por 1 día)                                    |
| <i>clozapine oral tablet,disintegrating 12.5 mg</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i>                           | \$0 (Nivel 1)                            | QL (6 por 1 día)                                    |
| <i>clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>                           | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |
| <i>clozapine oral tablet,disintegrating 25 mg</i>                            | \$0 (Nivel 1)                            | QL (3 por 1 día)                                    |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>   | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |
| FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; NDS; QL (2 por 1 día)                              |
| <i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>    | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML, 1,560 MG/5 ML   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5 ML, 39 MG/0.25 ML, 78 MG/0.5 ML | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML, 410 MG/1.32 ML, 546 MG/1.75 ML, 819 MG/2.63 ML          | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO   |
| LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |
| LATUDA ORAL TABLET 80 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |
| <i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (1 por 1 día)                                   |
| <i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (2 por 1 día)                                   |
| LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG   | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| <i>molindone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (4 por 1 día); AGE (Máx. 64 Años)               |
| <i>molindone oral tablet 25 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (9 por 1 día); AGE (Máx. 64 Años)               |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| <i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; NDS   |
| <i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| <i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 9 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>quetiapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML                | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| <i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml, 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i> | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| <i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (16 por 1 día)                                   |
| <i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>risperidone oral tablet 4 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |
| <i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| <i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años)                          |
| <i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML, 125 MG/0.35 ML, 150 MG/0.42 ML, 200 MG/0.56 ML, 250 MG/0.7 ML, 50 MG/0.14 ML, 75 MG/0.21 ML | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (18 por 1 día)                                   |
| VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (1 por 1 día)                            |
| VRAYLAR ORAL CAPSULE, DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; NDS   |
| <i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| <b>Antivirales (Sistémico)</b>   |  |   |
| <b>Antirretrovirales</b>   |  |   |
| <i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (30 por 1 día)                                   |
| <i>abacavir oral tablet 300 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |
| <i>atazanavir oral capsule 150 mg, 300 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>atazanavir oral capsule 200 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>darunavir oral tablet 600 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>darunavir oral tablet 800 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| EDURANT ORAL TABLET 25 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |
| <i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (3 por 1 día)                                    |
| <i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>      | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (24 por 1 día)                                   |
| <i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |
| FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| INTELENCE ORAL TABLET 25 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |
| ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| ISENTRESS ORAL TABLET, CHEWABLE 100 MG, 25 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (6 por 1 día)                                    |
| JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (30 por 1 día)                                   |
| <i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).


Última Actualización: 01 de Octubre de 2024



| <b>Nombre del Medicamento</b>                               | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML                             | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (56 por 1 día)  |
| <i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i>    | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>            | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (8 por 1 día)   |
| <i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>            | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (4 por 1 día)   |
| <i>maraviroc oral tablet 150 mg</i>                         | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (2 por 1 día)   |
| <i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>                         | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (4 por 1 día)   |
| <i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>                | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (40 por 1 día)  |
| <i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>                        | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (2 por 1 día)   |
| <i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (3 por 1 día)   |
| <i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG                         | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (12 por 1 día)  |
| ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG                            | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG                                 | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG                         | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML                          | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (16 por 1 día)  |
| PREZISTA ORAL TABLET 150 MG                                 | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (8 por 1 día)   |
| PREZISTA ORAL TABLET 600 MG                                 | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (2 por 1 día)   |
| PREZISTA ORAL TABLET 75 MG                                  | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (10 por 1 día)  |
| PREZISTA ORAL TABLET 800 MG                                 | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG                         | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (8 por 1 día)   |
| <i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>                         | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (12 por 1 día)  |
| RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG           | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (2 por 1 día)   |
| SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML                            | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (60 por 1 día)  |
| SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG, 75 MG                          | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (4 por 1 día)   |
| STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG                     | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)         | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML                    | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG                       | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| <i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>     | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| TIVICAY ORAL TABLET 10 MG, 25 MG, 50 MG                                | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG                             | \$0 (Nivel 1)                            | QL (20 por 1 día)                                   |
| TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG                                      | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG                       | \$0 (Nivel 1)                            | QL (10 por 1 día)                                   |
| TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG                                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (1 por 1 día)                                |
| VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (9 por 1 día)                                    |
| VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |
| VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)                            | \$0 (Nivel 1)                            | QL (7.75 por 1 día)                                 |
| VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG                              | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (60 por 1 día)                                   |
| <i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <b>Antivirales, Varios</b>   |  |   |
| LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS; QL (12 por 1 día)                          |
| <i>oseltamivir oral capsule 30 mg, 45 mg, 75 mg</i>                    | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>          | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG, 300 MG (150 MG X 2)-100 MG | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG                                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (1 por 1 día)                                |
| RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION        | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>rimantadine oral tablet 100 mg</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <b>Antivirales Hcv</b>   |  |   |
| <i>ledipasvir-sofosbuvir oral tablet 90-400 mg</i>                     | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (1 por 1 día)                                |
| <i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i>                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (1 por 1 día)                                |
| ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS; QL (1 por 1 día)                           |
| <b>Interferones</b>  |  |   |
| PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML                               | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (0.15 por 1 día)                            |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (0.08 por 1 día)                            |
| <b>Nucleósidos y Nucleótidos</b>   |  |   |
| <i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| <i>adefovir oral tablet 10 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (21 por 1 día)                                   |
| <i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores de Volumen</b>  |  |   |
| <b>Anticoagulantes</b>   |  |   |
| <i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 75 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |
| <i>dabigatran etexilate oral capsule 150 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)                                     | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (2.47 por 1 día)                            |
| ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2.46 por 1 día)                                 |
| <i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (34 por 31 días)                            |
| <i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (27.2 por 31 días)                          |
| <i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (10.2 por 31 días)                          |
| <i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (13.6 por 31 días)                          |
| <i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (20.4 por 31 días)                          |
| <i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>         | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i> | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET 110 MG, 150 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| XARELTO ORAL TABLET 10 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (1 por 1 día)                               |
| XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| XARELTO ORAL TABLET 20 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <b>Modificadores de Formación de Sangre</b>  |  |   |
| FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG, 25 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML                  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML                                  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML                                | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <b>Agentes Hematológicos, Varios</b>                                      |  |   |
| <i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| OXBRYTA ORAL TABLET 300 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (9 por 1 día)                                |
| OXBRYTA ORAL TABLET 500 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (5 por 1 día)                                |
| OXBRYTA ORAL TABLET FOR SUSPENSION 300 MG                                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (5 por 1 día)                                |
| <i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Inhibidores de la Agregación Plaquetaria</b>                           |  |   |
| <i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <b>Agentes Calóricos</b>  |  |   |
| <b>Agentes Calóricos</b>  |  |   |
| CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %      | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %     | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %     | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %     | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| CLINISOL SF 15 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %                     | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| <i>dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %</i> | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %</i>                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>dextrose 5%-water iv soln single use</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 30 %   | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %   | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %                                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| <b>Agentes Cardiovasculares</b>  |  |   |
| <b>Agentes Alfa-Adrenérgicos</b>   |  |   |
| <i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>                            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr</i> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>                               | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; AGE (Máx. 64 Años)                              |
| <i>methyl dopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>            | \$0 (Nivel 1)                            | PA; AGE (Máx. 64 Años)                              |
| <i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>phenoxybenzamine oral capsule 10 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Antagonistas del Receptor de Angiotensina II</b>                                |  |   |
| <i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>                            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG                                 | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLETT 15-16 MG, 6-6 MG                                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL (8 por 1 día)                                    |
| <i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>                                | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>         | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <b>Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina</b>  |  |   |
| <i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>                                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>                           | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <b>Agentes Antiarrítmicos</b>   |  |   |
| <i>amiodarone oral tablet 200 mg, 400 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; AGE (Máx. 64 Años)                              |
| <i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| MULTAQ ORAL TABLET 400 MG   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>                              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos</b>  |  |   |
| <i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>                                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 200 mg</i>                | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>                             | \$0 (Nivel 1)                            |   |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).


Última Actualización: 01 de Octubre de 2024



| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Agentes bloqueantes de los Canales de Calcio</b>  |  |   |
| <i>cartia xt oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i>                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>dilt-xr oral capsule, ext. rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>taztia xt oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>                         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Agentes Cardiovasculares, Varios</b>  |  |   |
| CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (15 por 1 día)                               |
| CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (2 por 1 día)                                |
| <i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>                             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| DIGOXIN ORAL SOLUTION 50 MCG/ML (0.05 MG/ML)   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg), 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>    | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (2 por 1 día)                                |
| <i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| <i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg</i>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <b>Dihidropiridinas</b>  |  |   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| <b>Nombre del Medicamento</b>  | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|--|---|--|
| <i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>                       | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| <i>amlodipine-valsartan-hcthiazyd oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| <i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| <i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (2 por 1 día)   |
| <i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (2 por 1 día)   |
| <b>Diuréticos</b>  |   |  |
| <i>amiloride oral tablet 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>ethacrynic acid oral tablet 25 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <b>Dislipidémicos</b>  |   |  |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>  | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|--|---|--|
| <i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>                   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>              | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i>                     | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>colestipol oral tablet 1 gram</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| <i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg</i>        | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| <i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>             | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| <i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>                | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| <i>fenofibrate oral tablet 160 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| <i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| <i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (2 por 1 día)   |
| <i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (8 por 1 día)   |
| <i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (4 por 1 día)   |
| <i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>                            | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>    | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (2 por 1 día)   |
| <i>niacor oral tablet 500 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>                         | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (4 por 1 día)   |
| <i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>                    | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i>                                | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML              | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; QL (0.13 por 1 día)                                    |
| REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML                        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; QL (0.11 por 1 día)                                    |
| REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML                               | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; QL (0.11 por 1 día)                                    |
| <i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>                    | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>                     | \$0 (Nivel 1)                                   |  |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <b>Inhibidores del Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona</b>                                     |  |   |
| <i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (1 por 1 día)                                |
| <b>Vasodilatadores</b>   |  |   |
| <i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>                           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>nitroglycerin translingual spray, non-aerosol 400 mcg/spray</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Agentes del Sistema Nervioso Central</b>  |  |   |
| <b>Agentes del Sistema Nervioso Central</b>  |  |   |
| <i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |
| <i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>atomoxetine oral capsule 40 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (4 por 1 día)                                |
| AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG, 9 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (2 por 1 día)                                |
| <i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (2 por 1 día)                                |
| <i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                            |   |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg, 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>                            | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (1 por 1 día); AGE (Máx. 64 Años)            |
| INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)                            | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (1 por 1 día)                                |
| INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (1 por 1 día)                                |
| INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (1 por 1 día)                                |
| <i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>    | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>            | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>methylphenidate transdermal patch 24 hour 10 mg/9 hr, 15 mg/9 hr, 20 mg/9 hr, 30 mg/9 hr</i>        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML                            | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| REBIF (WITH ALBUMIN) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6)  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SYRINGE 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6) | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| <i>riluzole oral tablet 50 mg</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG                       | \$0 (Nivel 1)                            | ST; QL (2 por 1 día)                                |
| SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)           | \$0 (Nivel 1)                            | ST; NDS; QL (1.97 por 1 día)                        |
| <i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i>                            | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>                         | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <b>Anticonceptivos</b>  |  |   |
| <b>Anticonceptivos</b>  |  |   |
| <i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>                                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>                           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>camila oral tablet 0.35 mg</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>                         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>errin oral tablet 0.35 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>            | \$0 (Nivel 1)                            |   |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>   | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| <i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>                    | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>finzala oral tablet, chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)</i>                           | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>                                | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>                      | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>                          | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>leena 28 oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>            | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg</i>              | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>           | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <b>LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG</b>              | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>                                     | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>                | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>                    | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28), 0.25-35 mg-mcg</i> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024



| <b>Nombre del Medicamento</b>                                       | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| <i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>       | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>        | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>      | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>         | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>                        | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>             | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>             | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>                      | \$0 (Nivel 1)                                   |  |

## **Agentes Dentales Y Orales**

### **Agentes Dentales Y Orales**

|   |               |     |
|---|---------------|-----|
| <i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> | \$0 (Nivel 1) | NDS |
| KOURZEQ DENTAL PASTE 0.1 %                                      | \$0 (Nivel 1) | NDS |
| <i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>               | \$0 (Nivel 1) |     |
| <i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>                 | \$0 (Nivel 1) |     |
| <i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>               | \$0 (Nivel 1) | NDS |


## **Agentes Dermatológicos**

### **Agentes Dermatológicos, Otros**

|  |               |         |
|--|---------------|---------|
| <i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 22.5 mg, 25 mg</i> | \$0 (Nivel 1) | PA; NDS |
| <i>acyclovir topical ointment 5 %</i>                        | \$0 (Nivel 1) | NDS     |
| <i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>                  | \$0 (Nivel 1) |         |
| <i>amnestem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>             | \$0 (Nivel 1) |         |
| <i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>                  | \$0 (Nivel 1) | NDS     |
| <i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>                   | \$0 (Nivel 1) | NDS     |
| <i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>                | \$0 (Nivel 1) | NDS     |
| <i>claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>      | \$0 (Nivel 1) | NDS     |
| <i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i>                      | \$0 (Nivel 1) |         |
| <i>fluorouracil topical cream 5 %</i>                        | \$0 (Nivel 1) | NDS     |
| <i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>                | \$0 (Nivel 1) | NDS     |
| HYFTOR TOPICAL GEL 0.2 %                                     | \$0 (Nivel 1) |         |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (12 por 28 días)                            |
| <i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>           | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>         | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| <i>podofilox topical solution 0.5 %</i>                               | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM                                 | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| <i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Antibacterianos Dermatológicos</b>                                 |  |   |
| <i>clindamycin phosphate topical gel 1 %</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %</i>              | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>clindamycin phosphate topical lotion 1 %</i>                       | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>                     | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i>                         | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 % (1 % base) -5 %</i> | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>ery pads topical swab 2 %</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>                      | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>                 | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i>                | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>                              | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>                             | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>metronidazole topical gel 0.75 %, 1 %</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>                            | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>mupirocin topical ointment 2 %</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>            | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <b>Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos</b>                    |  |   |
| ANUSOL-HC TOPICAL CREAM WITH PERINEAL APPLICATOR 2.5 %             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>             | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>            | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>          | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>                  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>               | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>               | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>            | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>                            | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>                             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>                               | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>                            | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>                  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>                       | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>fluocinolone topical solution 0.01 %</i>                        | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>                             | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>                        | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>                        | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>hydrocortisone 2.5% cream</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>              | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>              | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>hydrocortisone topical cream 1 %</i>                            | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>                         | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>                  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>                 | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>mometasone topical cream 0.1 %</i>                              | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>                           | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>mometasone topical solution 0.1 %</i>                           | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>                              | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| <b>Nombre del Medicamento</b>   | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| <i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>     | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>      | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>     | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>                      | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; NDS  |
| <i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>    | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>          | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i> | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i>                | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <b>Retinoides Dermatológicos</b>                                      |   |  |
| <i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; NDS  |
| <i>tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %</i>                           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA   |
| TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA   |
| TAZORAC TOPICAL GEL 0.05 %, 0.1 %                                     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA   |
| <i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>                 | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %</i>                          | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <b>Escabicidas y Pediculicidas</b>                                    |   |  |
| <i>malathion topical lotion 0.5 %</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>permethrin topical cream 5 %</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <b>Dispositivos</b>   |   |  |
| <b>Dispositivos</b>   |   |  |
| 1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"                       | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| 1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"                       | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| 1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"                        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| 1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| 1ST TIER UNIFINE PNTIP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"                       | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>                          | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|--|---|--|
| 1ST TIER UNIFINE PNTF 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| 1ST TIER UNIFINE PNTF 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16"        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"      | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"          | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"          | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento                                    | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| ALCOHOL 70% SWABS   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED                      | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED                | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ALCOHOL WIPES TOPICAL PADS, MEDICATED                     | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"              | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"              | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"            | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"     | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"            | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"      | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"            | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>   | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"                                      | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"                                | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"               | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8"                                     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"                          | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"                               | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"                                | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"                                | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"                               | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"                               | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"                                   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"                                 | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"                                   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"                               | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento                                   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| BD SINGLE USE SWAB                                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"            | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "                             | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"             | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"             | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"              | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"             | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"             | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).


Última Actualización: 01 de Octubre de 2024



| <b>Nombre del Medicamento</b>                                    | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|--|---|--|
| CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"                    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD                                   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"                    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"                    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"                  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"                  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"                  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"                  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"                     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16"               | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"               | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"               | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| CLICKFINE 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"                          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"                        | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"                          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"                            | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"                          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"                                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"              | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"                                | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"                           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE, MINI, HRI 32 GAUGE X 3/16"          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"                                | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"                                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"                                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"                                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"                          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"                                | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"                                | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>                         | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"       | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"       | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"       | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"         | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"         | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento                                   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"            | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 "                         | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM                        | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "            | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| CURITY GUAZE PADS 1'S(12 PLY) 2 X 2 "                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "        | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "                | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"     | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"     | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>                           | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| DROPLET INS SYR 1 ML 29GX12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| DROPLET INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16"      | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"      | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"             | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| DROPLET PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"             | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"             | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| DROPLET PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| DROPLET PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"             | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| DROPLET PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| DROPLET PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| DROPLET PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"             | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| DROPLET PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>                          | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|--|---|--|
| EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"      | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"      | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD                           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16"    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"          | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"          | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"          | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"                             | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"                                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"                          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"                          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"                          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"                          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"                         | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"                              | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"                              | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"                              | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED                                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY TOUCH FLIPIK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"                            | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"                           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"                           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16         | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).


Última Actualización: 01 de Octubre de 2024



| <b>Nombre del Medicamento</b>                           | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML                          | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"          | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"         | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"          | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"         | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"         | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"          | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"         | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"         | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"         | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"         | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"         | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"         | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2"               | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"               | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML                                      | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"                     | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"                        | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"       | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| EXEL INSULIN SYRINGE 27G-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2"                | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>  | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|--|---|--|
| FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16             | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"                              | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"                             | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"                             | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16                                 | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16                                 | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"                    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE                           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"                            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"                            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"                            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"                            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16                                 | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16                                 | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"                                     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"                                     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"                            | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"                           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"                           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"                            | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"                           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"                           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"                             | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"                             | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"                             | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"                              | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"                             | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"         | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"                      | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"                | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>   | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"                                | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"                                       | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"                                       | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"                                     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16                      | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16"                               | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| IV ANTISEPTIC WIPES   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE      | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16" | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16                                | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"                                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"                            | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"                          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"                          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"                          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"                            | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"                            | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"                          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"                              | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"                              | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16                             | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"                                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"                           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"                              | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>   | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"                        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"                            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"                    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"                        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"                        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"                       | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"                            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"                            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"                               | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"                              | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"                              | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"                     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"                                  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"                                  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"                                   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"                                  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"                                  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"                                  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"                                   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"                     | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE                               | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"                             | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"                      | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"                        | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"                           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"       | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)                               | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"                         | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"                         | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16"                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 1/2"          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"                             | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"                             | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).


Última Actualización: 01 de Octubre de 2024



| <b>Nombre del Medicamento</b>                                 | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16                    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| NOVOFINE 30 NEEDLE  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"                          | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"                | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"                      | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"          | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16"                     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16"                     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"                       | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"                   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"                          | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4"             | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PENTIPS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"                   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"       | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"      | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PENTIPS PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"                    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"             | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PENTIPS PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"                    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"                     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento                                  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"               | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"             | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"      | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"        | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"        | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS                            | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"            | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"            | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"      | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"         | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>   | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"                            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"                           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"                             | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"                             | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"                              | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"                             | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"                           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"                             | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"                            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"                            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"                    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"                    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"                     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 29                                      | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"                            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| RELION MINI PEN 31G X 1/4" NDL 31 GAUGE X 1/4"                            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| RELION NEEDLES NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"                                     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| RELION PEN NEEDLES NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"                                | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 "   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>  | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|--|---|--|
| SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"                                   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"                                 | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"                        | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16 | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16                      | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"                      | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"                      | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"                     | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>  | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|--|---|--|
| TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"                    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"              | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8"                         | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8"     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).


Última Actualización: 01 de Octubre de 2024



| <b>Nombre del Medicamento</b>                           | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS                           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TRUE COMFORT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TRUE COMFORT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TRUE COMFORT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento                                  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"            | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"     | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"     | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"     | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"         | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"         | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"       | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"       | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"         | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>                                   | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"         | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"          | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"             | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"                  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"                     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"                    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"                   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"                    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"                  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"                  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTICARE SYR 0.3 ML 29G 12.7MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"             | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"             | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"               | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"                   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"                    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTIGUARD SAFE 0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"               | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTILET ALCOHOL STERL SWAB  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"                                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>                           | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16       | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"         | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"          | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento                                 | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"       | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"        | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"        | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"        | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"        | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"        | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16      | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>                                  | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|--|---|--|
| ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16            | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"                 | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"                | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"                    | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"                       | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| UNIFINE PENTIPS 32GX5/32" 32GX4MM, STRL, NANO 32 GAUGE X 5/32" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"                     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"                        | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"                 | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE                           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"             | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"                | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4" | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"           | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"          | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"                | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"                | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |
| UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"                       | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; ST   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento                                      | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"              | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"              | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"                | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"                | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"                | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"              | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"               | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"              | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"              | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"        | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2"           | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"         | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"                | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"                | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).


Última Actualización: 01 de Octubre de 2024



| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; ST  |
| <b>Reemplazo/Modificadores de Enzimas</b>  |  |   |
| <b>Reemplazo/Modificadores de Enzimas</b>  |  |   |
| CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| <i>sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Agentes para Ojos, Oídos, Nariz y Garganta</b>  |  |   |
| <b>Agentes para Ojos, Oídos, Nariz y Garganta, Varios</b>  |  |   |
| <i>azelastine nasal spray, non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (1 por 1 día)                               |
| LACRISERT OPHTHALMIC (EYE) INSERT 5 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| OXERVATE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.002 %  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (2 por 1 día)                                |
| <i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <b>Agentes Antiinfecciosos para Ojos, Oídos, Nariz y Garganta</b>  |  |   |
| <i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>ciprofloxacin hcl otic (ear) dropperette 0.2 %</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>                             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>             | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i> | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>          | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>           | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>           | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>                | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>                        | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>                     | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>                        | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| XDEMVIY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS; QL (0.36 por 1 día)                        |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <b>Agentes Antiinflamatorios para Ojos, Oídos, Nariz y Garganta</b>            |  |   |
| <i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i>                        | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>             | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>                 | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>                       | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i>          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %, 0.5 %</i>                           | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>              | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>                | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <b>Agentes Gastrointestinales</b>  |  |   |
| <b>Agentes Antiulcerosos y Supresores de Ácido</b>                             |  |   |
| <i>cimetidine oral tablet 300 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 40 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>                                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg, 30 mg</i>           | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 40 mg</i>             | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>   | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| <i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i>          | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (2 por 1 día)   |
| <i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| <i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <b>Agentes Gastrointestinales, Otros</b>                              |   |  |
| <i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i>                         | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>                          | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>           | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>                | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i>                            | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i>                           | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg</i>                  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>                          | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG                         | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (1 por 1 día)   |
| LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM                         | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>loperamide oral capsule 2 mg</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>                        | \$0 (Nivel 1)                                   | QL (2 por 1 día)   |
| <i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>                     | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| <i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>                     | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG                                   | \$0 (Nivel 1)                                   | PA; QL (1 por 1 día)                                       |
| PHEBURANE ORAL GRANULES 483 MG/GRAM                                   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram</i>               | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>                       | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>                            | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM         | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG                                     | \$0 (Nivel 1)                                   | PA   |
| XERMELO ORAL TABLET 250 MG  | \$0 (Nivel 1)                                   | PA NSO; QL (3 por 1 día)                                   |
| <b>Laxantes</b>   |   |  |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM-12 GRAM/175 ML                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>                                     | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram, 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i> | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <b>Agentes Genitourinarios</b>   |  |   |
| <b>Antiespasmódicos, Urinarios</b>   |  |   |
| <i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | ST; QL (1 por 1 día)                                |
| <i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>                            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>trospium oral capsule,extended release 24hr 60 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>trospium oral tablet 20 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Agentes Genitourinarios, Varios</b>   |  |   |
| <i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>finasteride oral tablet 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Antagonistas de Metales Pesados</b>  |  |   |
| <b>Antagonistas de Metales Pesados</b>  |  |   |
| <i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>trientine oral capsule 250 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <b>Agentes Hormonales, Estimulantes/de Reemplazo/Modificadores</b>  |  |   |
| <b>Andrógenos</b>   |  |   |
| <i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| <i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 10 mg/0.5 gram /actuation, 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %), 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>     | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram), 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram), 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i> | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <b>Estrógenos Y Antiestrógenos</b>  |  |   |
| DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (1 por 1 día); AGE (Máx. 64 Años)            |
| <i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; AGE (Máx. 64 Años)                              |
| <i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>         | \$0 (Nivel 1)                            | PA; AGE (Máx. 64 Años)                              |
| <i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM  | \$0 (Nivel 1)                            |   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Glucocorticoides/Mineralocorticoides</b>  |  |   |
| <i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 8 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>methylprednisolone oral tablet 4 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| <i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| <i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| PREDNISON INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| <i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| <i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| <b>Pituitaria</b>  |  |   |
| <i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.2 MG/0.25 ML, 0.4 MG/0.25 ML, 0.6 MG/0.25 ML, 0.8 MG/0.25 ML, 1 MG/0.25 ML, 1.2 MG/0.25 ML, 1.4 MG/0.25 ML, 1.6 MG/0.25 ML, 1.8 MG/0.25 ML, 2 MG/0.25 ML | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).


Última Actualización: 01 de Octubre de 2024



| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG/ML (36 UNIT/ML), 5 MG/ML (15 UNIT/ML)   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; NDS   |
| LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; NDS   |
| <i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>                                | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (3 por 1 día)                            |
| SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (2 por 1 día)                                |
| SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; NDS   |
| <b>Progestágenos</b>  |  |   |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años)                          |
| <i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Agentes Tiroideos y Antitiroideos</b>  |  |   |
| <i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> | \$0 (Nivel 1)                            |   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>                              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Agentes Inmunológicos</b>  |  |   |
| <b>Agentes Inmunológicos</b>  |  |   |
| ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG                                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG       | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| <i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML                                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; QL (2 por 28 días)                          |
| CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)    | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)             | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML               | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML                              | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML) | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>          | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| <i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| <i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML      | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML       | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)                                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)                                      | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| ENVARBUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG                              | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| <i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg</i>                      | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; QL (2 por 1 día)                            |
| <i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 1 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| <i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; Sólo los NDC que comienzan con 00074            |
| HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; Sólo los NDC que comienzan con 00074            |
| HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML | \$0 (Nivel 1)                            | PA; Sólo los NDC que comienzan con 00074            |
| HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML                          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; Sólo los NDC que comienzan con 00074            |
| HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML                          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; Sólo los NDC que comienzan con 00074            |
| HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; Sólo los NDC que comienzan con 00074            |
| HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML                         | \$0 (Nivel 1)                            | PA; Sólo los NDC que comienzan con 00074            |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; Sólo los NDC que comienzan con 00074            |
| KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| <i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| <i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| <i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (0.15 por 1 día)                             |
| ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (0.15 por 1 día)                             |
| ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 50 MG/0.4 ML   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (0.06 por 1 día)                             |
| ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 87.5 MG/0.7 ML   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (0.1 por 1 día)                              |
| OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| OTEZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| REZUROCK ORAL TABLET 200 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (12 por 1 día)                               |
| RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 45 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (1 por 1 día)                                |
| SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| <i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| <i>tacrolimus oral capsule, extended release 24hr 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML                                      | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.25 ML, 40 MG/0.5 ML, 80 MG/ML                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (6 por 1 día)                                |
| VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2 ML  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (10 por 1 día)                               |
| XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (2 por 1 día)                                |
| XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG                                  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (1 por 1 día)                                |
| <b>Vacunas</b>  |  |   |
| ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML     | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML        | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML              | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| AREXVY ANTIGEN COMPONENT 120 MCG  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG             | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML                                | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML                      | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML                         | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML     | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| DENGVAIXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML                                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML                                      | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML                        | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML                                     | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML        | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML                                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML                                 | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>   | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| IMOVAX RABIES VACCINE (PF)<br>INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT                               | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR<br>SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML                        | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32<br>UNIT/0.5 ML  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| IXCHIQ (PF) INTRAMUSCULAR RECON<br>SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML                                   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6<br>MCG/0.5 ML   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS<br>SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8<br>UNIT/0.5                      | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE<br>25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML                                | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR<br>SOLUTION 4 MCG/0.5 ML  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR<br>SOLUTION 10 MCG/0.5 ML  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)<br>INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML                              | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON<br>SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML                           | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE<br>50 MCG/0.5 ML   | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR<br>SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5<br>ML                      | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR<br>SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML                                      | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-<br>120 MCG/0.5 ML  | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF)<br>INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR<br>RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| PENBRAYA MENB COMPONENT (PF)<br>INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5<br>ML                       | \$0 (Nivel 1)                                   | NDS  |
| PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT<br>15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML                              | \$0 (Nivel 1)                                   |  |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| PENTACEL DTAP-IPV COMPNT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 62 DU/0.5 ML                                | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| PREHEVBRIIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML                            | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5                            | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML, 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (58 UNT/ML) | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML                                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML   | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).


Última Actualización: 01 de Octubre de 2024



| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT                                       | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL) | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <b>Agentes de Enfermedades Inflamatorias del Intestino</b>  |  |   |
| <b>Agentes de Enfermedades Inflamatorias del Intestino</b>  |  |   |
| <i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>budesonide oral capsule, delayed, extend.release 3 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>budesonide oral tablet, delayed and ext. release 9 mg</i>           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>                        | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i>                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i>       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml</i>                            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Soluciones de Irrigación</b>  |  |   |
| <b>Soluciones de Irrigación</b>  |  |   |
| <i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>                       | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <b>Agentes de Enfermedades Óseas Metabólicas</b>                       |  |   |
| <b>Agentes de Enfermedades Óseas Metabólicas</b>                       |  |   |
| <i>alendronate oral tablet 10 mg</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>                            | \$0 (Nivel 1)                            | QL (0.15 por 1 día)                                 |
| <i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| <i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>                               | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| <i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>                      | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; QL (4 por 1 día)                            |
| <i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (0.04 por 1 día)                                 |
| <i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML                                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| RAYALDEE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG                   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>risedronate oral tablet 150 mg</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (0.04 por 1 día)                                 |
| <i>risedronate oral tablet 30 mg</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (1 por 1 día)                               |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>      | \$0 (Nivel 1)                            | QL (0.15 por 1 día)                                 |
| <i>risedronate oral tablet 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)                | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO; NDS; QL (0.2 por 1 día)                     |
| <b>Agentes Terapéuticos Varios</b>   |  |   |
| <b>Agentes Terapéuticos Varios</b>   |  |   |
| ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML                             | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| BAQSIMI NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION                            | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>                                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| CYSTADANE ORAL POWDER 1 GRAM/SCOOP   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (6 por 1 día)                                |
| <i>glucagon emergency kit (human) injection recon soln 1 mg</i>            | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>                | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (6 por 1 día)                                |
| GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML                  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML                                    | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>               | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>            | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>                                    | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| MESNEX ORAL TABLET 400 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (0.15 por 1 día)                             |
| TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML)  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (0.15 por 1 día)                             |
| THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| TYBOST ORAL TABLET 150 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| VEOZAH ORAL TABLET 45 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (1 por 1 día)                                |
| VOWST ORAL CAPSULE  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (4 por 1 día)                                |
| WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML, 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <b>Agentes Oftálmico</b>  |  |   |
| <b>Agentes para Tratar el Glaucoma</b>  |  |   |
| <i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.2 %</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (5 por 30 días)                                  |
| <i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Preparaciones de Reemplazo</b>  |  |   |
| <b>Preparaciones de Reemplazo</b>  |  |   |
| <i>d10 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl intravenous parenteral solution</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride intravenous parenteral solution</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>electrolyte-148 intravenous parenteral solution</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| ISOLYTE S IV SOLUTION-EXCEL SINGLE USE   | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION   | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| <i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l</i> | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l</i>                   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 20 meq/100 ml, 40 meq/100 ml</i>      | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>                                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>                              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 10 meq, 20 meq</i>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>                            | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>potassium chloride-d5-0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>                  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>sodium chloride 3 % hypertonic intravenous parenteral solution 3 %</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <i>sodium chloride 5 % hypertonic intravenous parenteral solution 5 %</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                            | NDS   |
| <b>Agentes de las Vías Respiratoria</b>   |  |   |
| <b>Antiinflamatorios, Corticoides Inhalados</b>   |  |   |
| ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION | \$0 (Nivel 1)                            | QL (0.4 por 1 día)                                  |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>breyana inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1.03 por 1 día)                                 |
| <i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; QL (8 por 1 día)                            |
| <i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.5 mg/2 ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; QL (4 por 1 día)                            |
| <i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; QL (2 por 1 día)                            |
| <i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1.02 por 1 día)                                 |
| <i>fluticasone propionate inhalation blister with device 100 mcg/actuation</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>fluticasone propionate inhalation blister with device 250 mcg/actuation</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (8 por 1 día)                                    |
| <i>fluticasone propionate inhalation blister with device 50 mcg/actuation</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 por 1 día)                                    |
| <i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (0.4 por 1 día)                                  |
| <i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (0.8 por 1 día)                                  |
| <i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (0.36 por 1 día)                                 |
| <i>fluticasone propion-salmeterol inhalation aerosol powdr breath activated 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation</i> | \$0 (Nivel 1)                            | QL (0.04 por 1 día)                                 |
| <i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <i>wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <b>Antileucotrienos</b>   |  |   |
| <i>montelukast oral tablet 10 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| <b>Broncodilatadores</b>   |  |   |
| <i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation, 90 mcg/actuation (nda020503), 90 mcg/actuation (nda020983)</i> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/3 ml (0.083 %)</i>                      | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; QL (18.59 por 1 día)                        |
| <i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; QL (3.23 por 1 día)                         |
| <i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (0.86 por 1 día)                                 |
| COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (0.2 por 1 día)                                  |
| INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| <i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; QL (18.39 por 1 día)                        |
| <i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; QL (18 por 1 día)                           |
| <i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml</i>                                | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (24 por 1 día)                               |
| <i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 1.25 mg/0.5 ml</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (3 por 1 día)                                |
| <i>levalbuterol tartrate inhalation hfa aerosol inhaler 45 mcg/actuation</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024



| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION                | \$0 (Nivel 1)                            | QL (0.14 por 1 día)                                 |
| STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION                                | \$0 (Nivel 1)                            | QL (0.14 por 1 día)                                 |
| STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION                                  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (0.14 por 1 día)                                 |
| <i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i>              | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 por 1 día)                                    |
| TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG       | \$0 (Nivel 1)                            | QL (2 por 1 día)                                    |
| VENTOLIN HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION                          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <b>Agentes de las Vías Respiratorias, Otros</b>                                       |  |   |
| <i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>                     | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD; NDS   |
| BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG                              | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |
| DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (9 por 1 día)                                |
| ESBRIET ORAL TABLET 267 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (9 por 1 día)                                |
| ESBRIET ORAL TABLET 801 MG  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (3 por 1 día)                                |
| KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (2 por 1 día)                                |
| KALYDECO ORAL TABLET 150 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (2 por 1 día)                                |
| NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; LA  |
| NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; LA  |
| NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML                                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; LA  |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG                                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG       | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG                             | \$0 (Nivel 1)                            | PA NSO  |
| <i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (9 por 1 día)                                |
| <i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (9 por 1 día)                                |
| <i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (3 por 1 día)                                |
| PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML                  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>                        | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG                                  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML       | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| ZEMAIRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG                                | \$0 (Nivel 1)                            | PA BvD  |

## Relajantes del Músculo Esquelético


### Relajantes del Músculo Esquelético

|   |               |   |
|---|---------------|---|
| <i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i> | \$0 (Nivel 1) |   |
| <i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>        | \$0 (Nivel 1) | PA; NDS; QL (3 por 1 día); AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1) |   |
| <i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>       | \$0 (Nivel 1) | PA; NDS; AGE (Máx. 64 Años)                   |
| <i>tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>              | \$0 (Nivel 1) |   |

## Agentes para Trastornos del Sueño

### Agentes para Trastornos del Sueño

|  |               |                      |
|--|---------------|----------------------|
| <i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> | \$0 (Nivel 1) | PA; QL (1 por 1 día) |
| <i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>                  | \$0 (Nivel 1) | PA; QL (2 por 1 día) |
| <i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>                | \$0 (Nivel 1) | PA; LA; NDS          |
| XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML                                | \$0 (Nivel 1) | PA; NDS              |


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (1 por 1 día)                               |
| <i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | NDS; QL (1 por 1 día)                               |
| <b>Agentes Vasodilatadores</b>  |  |   |
| <b>Agentes Vasodilatadores</b>  |  |   |
| <i>alyq oral tablet 20 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (2 por 1 día)                                |
| <i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (2 por 1 día)                                |
| <i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (1 por 1 día)                                |
| TADLIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML)   | \$0 (Nivel 1)                            | PA; QL (10 por 1 día)                               |
| <b>Vitaminas Y Minerales</b>  |  |   |
| <b>Vitaminas Y Minerales</b>  |  |   |
| <i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>fluorabon oral drops 0.25 mg(0.55 mg s.fluor)/0.6 ml</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>fluoride (sodium) oral tablet 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>fluoride (sodium) oral tablet,chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>                         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>fluoritab oral tablet,chewable 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid), 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>flura-drops oral drops 0.25 mg(0.55 mg sod.fluor)/drop</i>                                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ludent fluoride 0.25 mg tb chw d/f, chewable (rx) 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride)</i>           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ludent fluoride 0.5 mg tb chew d/f, chewable (rx) 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid)</i>           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ludent fluoride 1 mg tab chew d/f, chewable (rx) 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

| Nombre del Medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>o-cal prenatal tablet 15 mg iron- 1,000 mcg</i>                            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>pnv 29-1 tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>                                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>prena1 true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg</i>                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>                            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>                          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>                           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>                         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>            | \$0 (Nivel 1)                            |   |

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacifico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Última Actualización: 01 de Octubre de 2024

| <b>Nombre del Medicamento</b>   | <b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b> | <b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b> |
|---|---|--|
| <i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>                 | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg</i>                                | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>                           | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>                           | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>                           | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>                         | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>sodium fluoride 0.5 mg(1.1 mg) (rx) 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid)</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>sodium fluoride 0.5 mg/ml drop (rx) 0.5 mg (1.1 mg sod.fluorid)/ml</i>   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>                                      | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron- 1.2 mg-55 mg-265 mg</i> | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>triveen-duo dha oral combo pack 29-1-400 mg</i>                          | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>vinate care oral tablet,chewable 40 mg iron- 1 mg</i>                    | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg</i>                                  | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>                        | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>                     | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>virt-pn plus softgel (rx) 28-1-300 mg</i>                                | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>                                | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>                                | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg- 260 mg</i>                | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>vp-pnv-dha softgel (rx) 28 mg iron- 1 mg-200 mg</i>                      | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>                        | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                                   |  |
| <i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>                        | \$0 (Nivel 1)                                   |  |

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 20.

## D. Índice de medicamentos cubiertos

En esta sección, puede encontrar un medicamento buscando su nombre alfabéticamente. Esto le indicará el número de página donde puede encontrar información adicional sobre la cobertura de su medicamento.

|                                       |        |  |
|---------------------------------------|--------|--|
| <b>1</b>                              |        |  |
| 1ST TIER UNIFINE PENTIPS              |        |  |
| .....                                 | 83     |  |
| 1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS         | 83, 84 |  |
| <b>A</b>                              |        |  |
| <i>abacavir</i> .....                 | 62     |  |
| <i>abacavir-lamivudine</i> .....      | 62     |  |
| ABELCET.....                          | 53     |  |
| ABILIFY ASIMTUFII.....                | 59     |  |
| ABILIFY MAINTENA.....                 | 59     |  |
| <i>abiraterone</i> .....              | 33     |  |
| ABOUTTIME PEN NEEDLE                  |        |  |
| .....                                 | 84     |  |
| ABRYSVO (PF).....                     | 132    |  |
| <i>acamprosate</i> .....              | 27     |  |
| <i>acarbose</i> .....                 | 50     |  |
| <i>acebutolol</i> .....               | 71     |  |
| <i>acetaminophen-codeine</i> .....    | 25     |  |
| <i>acetazolamide</i> .....            | 139    |  |
| <i>acetic acid</i> .....              | 121    |  |
| <i>acetylcysteine</i> .....           | 144    |  |
| <i>acitretin</i> .....                | 80     |  |
| ACTHIB (PF).....                      | 132    |  |
| ACTIMMUNE.....                        | 138    |  |
| <i>acyclovir</i> .....                | 66, 80 |  |
| <i>acyclovir sodium</i> .....         | 66     |  |
| ADACEL(TDAP                           |        |  |
| ADOLESN/ADULT)(PF)132                 |        |  |
| <i>adefovir</i> .....                 | 66     |  |
| ADVAIR HFA.....                       | 141    |  |
| ADVOCATE PEN NEEDLE                   | 84     |  |
| ADVOCATE SYRINGES.....                | 84     |  |
| AFINITOR DISPERZ.....                 | 33     |  |
| AIMOVIG AUTOINJECTOR                  |        |  |
| .....                                 | 55     |  |
| AKEEGA.....                           | 33     |  |
| <i>albendazole</i> .....              | 57     |  |
| <i>albuterol sulfate</i> .....        | 143    |  |
| ALCOHOL PADS.....                     | 85     |  |
| ALCOHOL PREP PADS ..                  | 100    |  |
| ALCOHOL PREP SWABS                    | 85     |  |
| ALCOHOL SWABS.....                    | 85     |  |
| ALCOHOL WIPES.....                    | 85     |  |
| ALECENSA.....                         | 33     |  |
| <i>alendronate</i> .....              | 137    |  |
| <i>alfuzosin</i> .....                | 125    |  |
| <i>aliskiren</i> .....                | 75     |  |
| <i>allopurinol</i> .....              | 55     |  |
| <i>alosetron</i> .....                | 136    |  |
| <i>alprazolam</i> .....               | 27     |  |
| ALUNBRIG.....                         | 33     |  |
| <i>alyq</i> .....                     | 146    |  |
| <i>amantadine hcl</i> .....           | 58     |  |
| AMBISOME.....                         | 53     |  |
| <i>ambrisentan</i> .....              | 146    |  |
| <i>amikacin</i> .....                 | 28     |  |
| <i>amiloride</i> .....                | 73     |  |
| <i>amiodarone</i> .....               | 70     |  |
| <i>amitriptyline</i> .....            | 46     |  |
| <i>amitriptyline-chlordiazepoxide</i> |        |  |
| .....                                 | 46     |  |
| <i>amlodipine</i> .....               | 73     |  |
| <i>amlodipine-benazepril</i> .....    | 73     |  |
| <i>amlodipine-valsartan-</i>          |        |  |
| <i>hcthiazid</i> .....                | 73     |  |
| <i>ammonium lactate</i> .....         | 80     |  |
| <i>amnestem</i> .....                 | 80     |  |
| <i>amoxapine</i> .....                | 47     |  |
| <i>amoxicillin</i> .....              | 31     |  |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate</i>    | 31     |  |
| <i>amphotericin b</i> .....           | 53     |  |
| <i>amphotericin b liposome</i> .....  | 53     |  |
| <i>ampicillin</i> .....               | 31     |  |
| <i>ampicillin sodium</i> .....        | 31     |  |
| <i>ampicillin-sulbactam</i> .....     | 31     |  |
| <i>anagrelide</i> .....               | 68     |  |
| <i>anastrozole</i> .....              | 33     |  |
| ANORO ELLIPTA.....                    | 143    |  |
| ANUSOL-HC.....                        | 82     |  |
| <i>aprepitant</i> .....               | 56     |  |
| <i>apri</i> .....                     | 77     |  |
| APTIOM.....                           | 41     |  |
| APTIVUS.....                          | 62     |  |
| AQINJECT PEN NEEDLE                   | 85     |  |
| ARCALYST.....                         | 129    |  |
| AREXVY (PF).....                      | 133    |  |
| AREXVY ANTIGEN                        |        |  |
| COMPONENT.....                        | 133    |  |
| ARIKAYCE.....                         | 28     |  |
| <i>aripiprazole</i> .....             | 59     |  |
| <i>armodafinil</i> .....              | 145    |  |
| ARNUITY ELLIPTA.....                  | 142    |  |
| <i>asenapine maleate</i> .....        | 59     |  |
| <i>aspirin-dipyridamole</i> .....     | 68     |  |
| ASSURE ID DUO PRO SFTY                |        |  |
| PEN NDL.....                          | 85     |  |
| ASSURE ID DUO-SHIELD                  | 85     |  |
| ASSURE ID INSULIN                     |        |  |
| SAFETY.....                           | 85     |  |
| ASSURE ID PEN NEEDLE                  | 85     |  |
| ASSURE ID PRO PEN                     |        |  |
| NEEDLE.....                           | 85     |  |
| ASTAGRAF XL.....                      | 129    |  |
| <i>atazanavir</i> .....               | 62     |  |
| <i>atenolol</i> .....                 | 71     |  |
| <i>atenolol-chlorthalidone</i> .....  | 71     |  |
| <i>atomoxetine</i> .....              | 75     |  |
| <i>atorvastatin</i> .....             | 74     |  |
| <i>atovaquone</i> .....               | 57     |  |
| <i>atovaquone-proguanil</i> .....     | 57     |  |
| ATROVENT HFA.....                     | 143    |  |
| AUBAGIO.....                          | 75     |  |
| <i>abra eq</i> .....                  | 77     |  |
| AUGTYRO.....                          | 33     |  |
| AUSTEDO.....                          | 75     |  |
| AUVELITY.....                         | 47     |  |
| <i>aviane</i> .....                   | 77     |  |
| AYVAKIT.....                          | 34     |  |
| <i>azathioprine</i> .....             | 129    |  |
| <i>azelastine</i> .....               | 121    |  |
| <i>azithromycin</i> .....             | 30     |  |
| <i>aztreonam</i> .....                | 31     |  |
| <b>B</b>                              |        |  |
| <i>bacitracin</i> .....               | 121    |  |
| <i>bacitracin-polymyxin b</i> .....   | 121    |  |
| <i>baclofen</i> .....                 | 145    |  |
| <i>bal-care dha</i> .....             | 146    |  |
| <i>bal-care dha essential</i> .....   | 146    |  |
| <i>balsalazide</i> .....              | 136    |  |
| BALVERSA.....                         | 34     |  |
| <i>balziva (28)</i> .....             | 77     |  |
| BAQSIMI.....                          | 138    |  |
| BARACLUDGE.....                       | 66     |  |

|                                    |                                       |               |                                      |         |
|------------------------------------|---------------------------------------|---------------|--------------------------------------|---------|
| BASAGLAR KWIKPEN U-100             | BICILLIN C-R .....                    | 31            | <i>caspofungin</i> .....             | 53      |
| INSULIN.....                       | BICILLIN L-A .....                    | 32            | CAYSTON .....                        | 31      |
| BCG VACCINE, LIVE (PF)             | BIKTARVY .....                        | 62            | <i>cefaclor</i> .....                | 29      |
| .....                              | <i>bisoprolol fumarate</i> .....      | 71            | <i>cefadroxil</i> .....              | 29      |
| .....                              | <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> | 71            | <i>cefazolin</i> .....               | 29      |
| BD ALCOHOL SWABS .....             | .....                                 | 71            | <i>cefdinir</i> .....                | 29      |
| BD AUTOSHIELD DUO PEN              | BOOSTRIX TDAP .....                   | 133           | <i>cefepime</i> .....                | 29      |
| NEEDLE.....                        | BORDERED GAUZE.....                   | 87            | <i>cefixime</i> .....                | 29      |
| BD ECLIPSE LUER-LOK...86           | BOSULIF.....                          | 34            | <i>cefoxitin</i> .....               | 30      |
| BD INSULIN SYRINGE.....86          | BRAFTOVI .....                        | 34            | <i>cefpodoxime</i> .....             | 30      |
| BD INSULIN SYRINGE                 | BREO ELLIPTA.....                     | 142           | <i>cefprozil</i> .....               | 30      |
| (HALF UNIT).....                   | <i>breyna</i> .....                   | 142           | <i>ceftazidime</i> .....             | 30      |
| BD INSULIN SYRINGE SLIP            | BRILINTA.....                         | 68            | <i>ceftriaxone</i> .....             | 30      |
| TIP .....                          | <i>brimonidine</i> .....              | 139           | <i>cefuroxime axetil</i> .....       | 30      |
| BD INSULIN SYRINGE U-              | BRIVIACT.....                         | 41            | <i>cefuroxime sodium</i> .....       | 30      |
| 500.....                           | <i>bromocriptine</i> .....            | 58            | <i>celecoxib</i> .....               | 26      |
| BD INSULIN SYRINGE                 | BRONCHITOL.....                       | 144           | <i>cephalexin</i> .....              | 30      |
| ULTRA-FINE .....                   | BRUKINSA.....                         | 34            | <i>cetirizine</i> .....              | 55      |
| BD NANO 2ND GEN PEN                | <i>budesonide</i> .....               | 136, 137, 142 | <i>chlordiazepoxide hcl</i> .....    | 27      |
| NEEDLE.....                        | <i>budesonide-formoterol</i> ....     | 142           | <i>chlordiazepoxide-clidinium</i>    | 41      |
| BD SAFETYGLIDE INSULIN             | <i>bumetanide</i> .....               | 73            | <i>chlorhexidine gluconate</i> ..... | 80      |
| SYRINGE.....                       | <i>buprenorphine hcl</i> .....        | 27            | <i>chloroquine phosphate</i> .....   | 57      |
| BD SAFETYGLIDE                     | <i>buprenorphine-naloxone</i> ....    | 27            | <i>chlorpromazine</i> .....          | 59      |
| SYRINGE .....                      | <i>bupropion hcl</i> .....            | 47            | <i>chlorthalidone</i> .....          | 73      |
| BD ULTRA-FINE MICRO                | <i>bupropion hcl (smoking deter)</i>  | 27            | <i>cholestyramine (with sugar)</i>   | 74      |
| PEN NEEDLE .....                   | .....                                 | 27            | .....                                | 74      |
| BD ULTRA-FINE MINI PEN             | <i>bupirone</i> .....                 | 138           | <i>cholestyramine light</i> .....    | 74      |
| NEEDLE.....                        | C                                     |               | <i>ciclopirox</i> .....              | 53      |
| BD ULTRA-FINE NANO PEN             | <i>cabergoline</i> .....              | 58            | <i>cilostazol</i> .....              | 68      |
| NEEDLE.....                        | CABOMETYX.....                        | 34            | CIMDUO .....                         | 62      |
| BD ULTRA-FINE ORIG PEN             | <i>calcipotriene</i> .....            | 80            | <i>cimetidine</i> .....              | 123     |
| NEEDLE.....                        | <i>calcitonin (salmon)</i> .....      | 137           | CIMZIA .....                         | 129     |
| BD ULTRA-FINE SHORT                | <i>calcitriol</i> .....               | 137           | CIMZIA POWDER FOR                    |         |
| PEN NEEDLE .....                   | CALQUENCE                             |               | RECONST.....                         | 129     |
| BD VEO INSULIN SYR                 | (ACALABRUTINIB MAL) 34                |               | <i>cinacalcet</i> .....              | 137     |
| (HALF UNIT).....                   | <i>camila</i> .....                   | 77            | <i>ciprofloxacin hcl</i> .....       | 32, 121 |
| BD VEO INSULIN SYRINGE             | <i>candesartan</i> .....              | 69            | <i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> | 32      |
| UF.....                            | CAPLYTA.....                          | 59            | .....                                | 32      |
| <i>benazepril</i> .....            | CAPRELSA .....                        | 34            | <i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>   | 122     |
| <i>benazepril-</i>                 | <i>captopril-hydrochlorothiazide</i>  | 70            | .....                                | 122     |
| <i>hydrochlorothiazide</i> .....   | .....                                 | 70            | <i>citalopram</i> .....              | 47      |
| <i>benztropine</i> .....           | <i>carbamazepine</i> .....            | 42            | <i>claravis</i> .....                | 80      |
| BESREMI .....                      | <i>carbidopa-levodopa</i> .....       | 58            | <i>clarithromycin</i> .....          | 30      |
| <i>betaine</i> .....               | CAREFINE PEN NEEDLE 87,               |               | CLENPIQ.....                         | 125     |
| <i>betamethasone dipropionate</i>  | 88                                    |               | CLICKFINE PEN NEEDLE.88              |         |
| .....                              | CARETOUCH ALCOHOL                     |               | <i>clindamycin hcl</i> .....         | 28      |
| <i>betamethasone valerate</i> .... | PREP PAD .....                        | 88            | CLINDAMYCIN IN 0.9 %                 |         |
| <i>betamethasone, augmented</i>    | CARETOUCH INSULIN                     |               | SOD CHLOR.....                       | 28      |
| .....                              | SYRINGE .....                         | 88            | <i>clindamycin in 5 % dextrose</i>   | 28      |
| <i>betaxolol</i> .....             | CARETOUCH PEN NEEDLE                  |               | .....                                | 28      |
| <i>bethanechol chloride</i> .....  | .....                                 | 88            | CLINDAMYCIN IN 5 %                   |         |
| <i>bexarotene</i> .....            | <i>cartia xt</i> .....                | 72            | DEXTROSE .....                       | 28      |
| BEXSERO .....                      | <i>carvedilol</i> .....               | 71            |                                      |         |
| <i>bicalutamide</i> .....          |                                       |               |                                      |         |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <i>clindamycin phosphate</i> 28, 55, 81   | COSENTYX UNOREADY PEN .....                 | <i>dextroamphetamine sulfate</i> 75         |
| <i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> ..... | COTELLIC .....                              | <i>dextroamphetamine-amphetamine</i> .....  |
| CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE .....       | CREON .....                                 | <i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i> .....   |
| CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE .....      | <i>cromolyn</i> .....                       | <i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> .....  |
| CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE .....      | <i>cryselle (28)</i> .....                  | <i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> .....    |
| CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE .....      | CURAD GAUZE PAD .....                       | <i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride</i> ..... |
| CLINISOL SF 15 % .....                    | CURITY ALCOHOL SWABS .....                  | DIACOMIT .....                              |
| <i>clobazam</i> .....                     | CURITY GAUZE .....                          | <i>diazepam</i> .....                       |
| <i>clobetasol</i> .....                   | <i>cyclobenzaprine</i> .....                | <i>diazepam intensol</i> .....              |
| <i>clomipramine</i> .....                 | <i>cyclophosphamide</i> .....               | <i>diazoxide</i> .....                      |
| <i>clonazepam</i> .....                   | <i>cyclosporine</i> .....                   | <i>diclofenac epolamine</i> .....           |
| <i>clonidine</i> .....                    | <i>cyclosporine modified</i> .....          | <i>diclofenac potassium</i> .....           |
| <i>clonidine hcl</i> .....                | <i>cyred eq</i> .....                       | <i>diclofenac sodium</i> .....              |
| <i>clopidogrel</i> .....                  | CYSTADANE .....                             | <i>dicloxacillin</i> .....                  |
| <i>clorazepate dipotassium</i> .....      | <b>D</b>                                    | <i>dicyclomine</i> .....                    |
| <i>clotrimazole</i> .....                 | <i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i> .....   | DIFICID .....                               |
| <i>clotrimazole-betamethasone</i> .....   | <i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i> .....  | <i>digitek</i> .....                        |
| <i>clozapine</i> .....                    | <i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i> ..... | <i>digoxin</i> .....                        |
| <i>c-nate dha</i> .....                   | <i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> .....    | DIGOXIN .....                               |
| COARTEM .....                             | <i>dabigatran etexilate</i> .....           | <i>dihydroergotamine</i> .....              |
| <i>colchicine</i> .....                   | <i>dalfampridine</i> .....                  | DILANTIN .....                              |
| <i>colesevelam</i> .....                  | DALIRESP .....                              | <i>diltiazem hcl</i> .....                  |
| <i>colestipol</i> .....                   | <i>danazol</i> .....                        | <i>dilt-xr</i> .....                        |
| <i>colistin (colistimethate na)</i> ..... | <i>dantrolene</i> .....                     | <i>dimethyl fumarate</i> .....              |
| COMBIVENT RESPIMAT .....                  | <i>dapsone</i> .....                        | <i>diphenoxylate-atropine</i> .....         |
| COMETRIQ .....                            | DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) .....        | <i>disopyramide phosphate</i> .....         |
| COMFORT EZ INSULIN SYRINGE .....          | <i>daptomycin</i> .....                     | <i>disulfiram</i> .....                     |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES .....              | <i>darunavir</i> .....                      | <i>divalproex</i> .....                     |
| COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL .....       | DAURISMO .....                              | <i>dofetilide</i> .....                     |
| COMFORT TOUCH PEN NEEDLE .....            | <i>deferasirox</i> .....                    | <i>donepezil</i> .....                      |
| COMPLERA .....                            | DELSTRIGO .....                             | <i>dorzolamide</i> .....                    |
| <i>completenate</i> .....                 | DENG VAXIA (PF) .....                       | <i>dorzolamide-timolol</i> .....            |
| <i>compro</i> .....                       | DEPO-SUBQ PROVERA .....                     | DOVATO .....                                |
| <i>constulose</i> .....                   | DERMACEA .....                              | <i>doxazosin</i> .....                      |
| COPIKTRA .....                            | DERMACEA NON-WOVEN .....                    | <i>doxepin</i> .....                        |
| CORLANOR .....                            | DESCOVY .....                               | <i>doxy-100</i> .....                       |
| COSENTYX .....                            | <i>desipramine</i> .....                    | <i>doxycycline hyclate</i> .....            |
| COSENTYX (2 SYRINGES) .....               | <i>desmopressin</i> .....                   | <i>doxycycline monohydrate</i> .....        |
| COSENTYX PEN (2 PENS) .....               | <i>desvenlafaxine</i> .....                 | DRIZALMA SPRINKLE .....                     |
|   | <i>desvenlafaxine succinate</i> .....       | <i>dronabinol</i> .....                     |
|   | <i>dexamethasone</i> .....                  | DROPLET INSULIN SYR (HALF UNIT) .....       |
|   | <i>dexamethasone sodium phosphate</i> ..... | DROPLET INSULIN SYRINGE .....               |
|   | <i>dexmethylphenidate</i> .....             | DROPLET MICRON PEN NEEDLE .....             |
|   |   | DROPLET PEN NEEDLE .....                    |



|   |             |  |
|---|-------------|--|
| DROPSAFE ALCOHOL                        |             |  |
| PREP PADS.....                          | 93          |  |
| DROPSAFE INSULIN                        |             |  |
| SYRINGE.....                            | 93          |  |
| DROPSAFE PEN NEEDLE                     | 93          |  |
| <i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>   |             |  |
| .....                                   | 77          |  |
| <i>droxidopa</i> .....                  | 69          |  |
| DUAVEE.....                             | 126         |  |
| <i>duloxetine</i> .....                 | 47          |  |
| DUPIXENT PEN.....                       | 129         |  |
| DUPIXENT SYRINGE.....                   | 129         |  |
| <i>dutasteride</i> .....                | 125         |  |
| <b>E</b>                                |             |  |
| EASY COMFORT ALCOHOL                    |             |  |
| PAD.....                                | 94          |  |
| EASY COMFORT INSULIN                    |             |  |
| SYRINGE.....                            | 93, 94      |  |
| EASY COMFORT PEN                        |             |  |
| NEEDLES.....                            | 94          |  |
| EASY COMFORT SAFETY                     |             |  |
| PEN NEEDLE.....                         | 93          |  |
| EASY GLIDE INSULIN                      |             |  |
| SYRINGE.....                            | 94, 95      |  |
| EASY GLIDE PEN NEEDLE                   |             |  |
| .....                                   | 95          |  |
| EASY TOUCH.....                         | 96          |  |
| EASY TOUCH ALCOHOL                      |             |  |
| PREP PADS.....                          | 95          |  |
| EASY TOUCH FLIPLOCK                     |             |  |
| INSULIN.....                            | 96          |  |
| EASY TOUCH FLIPLOCK                     |             |  |
| SYRINGE.....                            | 95          |  |
| EASY TOUCH INSULIN                      |             |  |
| SAFETY SYR.....                         | 95          |  |
| EASY TOUCH INSULIN                      |             |  |
| SYRINGE.....                            | 95, 96, 97  |  |
| EASY TOUCH LUER LOCK                    |             |  |
| INSULIN.....                            | 96          |  |
| EASY TOUCH PEN NEEDLE                   |             |  |
| .....                                   | 96          |  |
| EASY TOUCH SAFETY PEN                   |             |  |
| NEEDLE.....                             | 96, 97      |  |
| EASY TOUCH                              |             |  |
| SHEATHLOCK INSULIN                      |             |  |
| .....                                   | 95, 96      |  |
| EASY TOUCH UNI-SLIP ...                 | 97          |  |
| <i>econazole</i> .....                  | 54          |  |
| EDURANT.....                            | 63          |  |
| <i>efavirenz</i> .....                  | 63          |  |
| <i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir</i> |             |  |
| .....                                   | 63          |  |
| <i>efavirenz-lamivuv-tenofovir</i>      |             |  |
| <i>disop</i> .....                      | 63          |  |
| <i>electrolyte-148</i> .....            | 140         |  |
| ELIGARD.....                            | 34          |  |
| ELIGARD (3 MONTH).....                  | 34          |  |
| ELIGARD (4 MONTH).....                  | 34          |  |
| ELIGARD (6 MONTH).....                  | 34          |  |
| ELIQUIS.....                            | 66          |  |
| ELIQUIS DVT-PE TREAT                    |             |  |
| 30D START.....                          | 66          |  |
| ELMIRON.....                            | 138         |  |
| <i>eluryng</i> .....                    | 77          |  |
| EMBRACE PEN NEEDLE                      | 97          |  |
| EMCYT.....                              | 34          |  |
| EMSAM.....                              | 47          |  |
| <i>emtricitabine</i> .....              | 63          |  |
| <i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>    | 63          |  |
| EMTRIVA.....                            | 63          |  |
| <i>emzahn</i> .....                     | 77          |  |
| <i>enalapril maleate</i> .....          | 70          |  |
| <i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>    |             |  |
| .....                                   | 70          |  |
| ENBREL.....                             | 130         |  |
| ENBREL MINI.....                        | 130         |  |
| ENBREL SURECLICK....                    | 130         |  |
| ENDARI.....                             | 138         |  |
| <i>endocet</i> .....                    | 25          |  |
| ENGERIX-B (PF).....                     | 133         |  |
| ENGERIX-B PEDIATRIC                     |             |  |
| (PF).....                               | 133         |  |
| <i>enilloring</i> .....                 | 77          |  |
| <i>enoxaparin</i> .....                 | 66          |  |
| <i>enpresse</i> .....                   | 77          |  |
| <i>entacapone</i> .....                 | 58          |  |
| <i>entecavir</i> .....                  | 66          |  |
| ENTRESTO.....                           | 69          |  |
| ENTRESTO SPRINKLE ...                   | 69          |  |
| <i>enulose</i> .....                    | 124         |  |
| ENVARUSUS XR.....                       | 130         |  |
| EPIDIOLEX.....                          | 42          |  |
| <i>epinephrine</i> .....                | 72          |  |
| <i>eplerenone</i> .....                 | 75          |  |
| EPRONTIA.....                           | 42          |  |
| EQUETRO.....                            | 42          |  |
| <i>ergoloid</i> .....                   | 46          |  |
| <i>ergotamine-caffeine</i> .....        | 56          |  |
| ERIVEDGE.....                           | 34          |  |
| ERLEADA.....                            | 35          |  |
| <i>erlotinib</i> .....                  | 35          |  |
| <i>errin</i> .....                      | 77          |  |
| <i>ertapenem</i> .....                  | 31          |  |
| <i>ery pads</i> .....                   | 81          |  |
| ERYTHROCIN.....                         | 30          |  |
| <i>erythrocin (as stearate)</i> .....   | 30          |  |
| <i>erythromycin</i> .....               | 30, 31, 122 |  |
| <i>erythromycin with ethanol</i> ..     | 81          |  |
| <i>erythromycin-benzoyl</i>             |             |  |
| <i>peroxide</i> .....                   | 81          |  |
| ESBRIET.....                            | 144         |  |
| <i>escitalopram oxalate</i> .....       | 48          |  |
| <i>esomeprazole magnesium</i>           |             |  |
| .....                                   | 123         |  |
| <i>estradiol</i> .....                  | 126         |  |
| <i>ethacrynic acid</i> .....            | 73          |  |
| <i>ethambutol</i> .....                 | 56          |  |
| <i>ethosuximide</i> .....               | 42          |  |
| <i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>    |             |  |
| .....                                   | 77          |  |
| <i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>   |             |  |
| .....                                   | 78          |  |
| <i>etravirine</i> .....                 | 63          |  |
| <i>everolimus (antineoplastic)</i>      | 35          |  |
| <i>everolimus</i>                       |             |  |
| <i>(immunosuppressive)</i> ...          | 130         |  |
| EVOTAZ.....                             | 63          |  |
| EXEL INSULIN.....                       | 97          |  |
| <i>exemestane</i> .....                 | 35          |  |
| EXKIVITY.....                           | 35          |  |
| <i>ezetimibe</i> .....                  | 74          |  |
| <i>ezetimibe-simvastatin</i> .....      | 74          |  |
| <b>F</b>                                |             |  |
| <i>falmina (28)</i> .....               | 78          |  |
| <i>famciclovir</i> .....                | 66          |  |
| <i>famotidine</i> .....                 | 123         |  |
| FANAPT.....                             | 60          |  |
| FARXIGA.....                            | 50          |  |
| <i>febuxostat</i> .....                 | 55          |  |
| <i>felbamate</i> .....                  | 42          |  |
| <i>felodipine</i> .....                 | 73          |  |
| <i>fenofibrate</i> .....                | 74          |  |
| <i>fenofibrate micronized</i> .....     | 74          |  |
| <i>fenofibrate nanocrystallized</i>     | 74          |  |
| <i>fenofibric acid (choline)</i> .....  | 74          |  |
| <i>fentanyl</i> .....                   | 25          |  |
| <i>fentanyl citrate</i> .....           | 25          |  |
| FETZIMA.....                            | 48          |  |
| <i>finasteride</i> .....                | 126         |  |
| <i> fingolimod</i> .....                | 76          |  |
| FINTEPLA.....                           | 42          |  |
| <i>finzala</i> .....                    | 78          |  |
| FIRMAGON KIT W DILUENT                  |             |  |
| SYRINGE.....                            | 35          |  |
| FIRVANQ.....                            | 28          |  |
| FLEBOGAMMA DIF.....                     | 130         |  |
| <i>flecainide</i> .....                 | 70          |  |
| <i>fluconazole</i> .....                | 54          |  |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i>            | <i>gentamicin</i> ..... 28, 81, 122             | HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS..... 130      |
| ..... 54  | <i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i>             | HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC..... 130      |
| <i>flucytosine</i> ..... 54                     | ..... 28  | HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS ..... 130  |
| <i>fludrocortisone</i> ..... 127                | GENVOYA ..... 63                                | HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN..... 52       |
| <i>flunisolide</i> ..... 123                    | GILENYA..... 76                                 | HUMULIN N NPH U-100 INSULIN..... 52       |
| <i>fluocinolone</i> ..... 82                    | GILOTRIF..... 35                                | HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN..... 52    |
| <i>fluocinonide</i> ..... 82                    | <i>glatiramer</i> ..... 76                      | HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN..... 52    |
| <i>fluorabon</i> ..... 146                      | <i>glatopa</i> ..... 76                         | <i>hydralazine</i> ..... 72               |
| <i>fluoride (sodium)</i> ..... 146, 148         | GLEOSTINE..... 35                               | <i>hydrochlorothiazide</i> ..... 73       |
| <i>fluoritab</i> ..... 146                      | <i>glimepiride</i> ..... 53                     | <i>hydrocodone-acetaminophen</i> ..... 25 |
| <i>fluorometholone</i> ..... 123                | <i>glipizide</i> ..... 53                       | <i>hydrocodone-ibuprofen</i> ..... 25     |
| <i>fluorouracil</i> ..... 80                    | <i>glipizide-metformin</i> ..... 53             | <i>hydrocortisone</i> ... 82, 127, 137    |
| <i>fluoxetine</i> ..... 48                      | <i>glucagon emergency kit (human)</i> ..... 138 | <i>hydrocortisone butyrate</i> ..... 82   |
| <i>fluphenazine decanoate</i> ..... 60          | <i>glutamine (sickle cell)</i> ..... 138        | <i>hydrocortisone valerate</i> ..... 82   |
| <i>fluphenazine hcl</i> ..... 60                | <i>glyburide</i> ..... 53                       | <i>hydrocortisone-acetic acid</i> 122     |
| <i>flura-drops</i> ..... 146                    | <i>glyburide micronized</i> ..... 53            | <i>hydromorphone</i> ..... 25             |
| <i>flurbiprofen sodium</i> ..... 123            | <i>glyburide-metformin</i> ..... 53             | <i>hydroxychloroquine</i> ..... 57        |
| <i>fluticasone propionate</i> ..... 123, 142    | <i>glycopyrrolate</i> ..... 41, 124             | <i>hydroxyurea</i> ..... 35               |
| <i>fluticasone propion-salmeterol</i> ..... 142 | <i>granisetron hcl</i> ..... 56                 | <i>hydroxyzine hcl</i> ..... 55           |
| <i>fluvoxamine</i> ..... 48                     | <i>griseofulvin microsize</i> ..... 54          | <i>hydroxyzine pamoate</i> ..... 138      |
| <i>folivane-ob</i> ..... 146                    | <i>guanfacine</i> ..... 69, 76                  | HYFTOR..... 80                            |
| <i>fondaparinux</i> ..... 66                    | GVOKE ..... 138                                 | <b>I</b>                                  |
| <i>fosamprenavir</i> ..... 63                   | GVOKE HYOPEN 2-PACK ..... 138                   | <i>ibandronate</i> ..... 137              |
| <i>fosinopril</i> ..... 70                      | GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE ..... 138              | IBRANCE..... 35                           |
| <i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> ..... 70  | <b>H</b>  | <i>ibu</i> ..... 26                       |
| FOTIVDA..... 35                                 | <i>hailey 24 fe</i> ..... 78                    | <i>ibuprofen</i> ..... 26                 |
| FREESTYLE PRECISION 98                          | <i>haloette</i> ..... 78                        | <i>icatibant</i> ..... 72                 |
| FRUZAQLA ..... 35                               | <i>haloperidol</i> ..... 60                     | ICLUSIG ..... 35                          |
| FULPHILA ..... 67                               | <i>haloperidol decanoate</i> ..... 60           | <i>icosapent ethyl</i> ..... 74           |
| <i>furosemide</i> ..... 73                      | <i>haloperidol lactate</i> ..... 60             | IDHIFA..... 35                            |
| FUZEON..... 63                                  | HAVRIX (PF)..... 133                            | <i>imatinib</i> ..... 35                  |
| FYCOMPA..... 42                                 | HEALTHWISE INSULIN SYRINGE ..... 98             | IMBRUVICA..... 35, 36                     |
| <b>G</b>  | HEALTHWISE PEN NEEDLE ..... 98, 99              | <i>imipenem-cilastatin</i> ..... 31       |
| <i>gabapentin</i> ..... 42                      | HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP ..... 99         | <i>imipramine hcl</i> ..... 48            |
| <i>galantamine</i> ..... 46                     | <i>heparin (porcine)</i> ..... 66               | <i>imipramine pamoate</i> ..... 48        |
| GAMMAGARD LIQUID .... 130                       | HEPLISAV-B (PF) ..... 133                       | <i>imiquimod</i> ..... 81                 |
| GAMUNEX-C..... 130                              | HIBERIX (PF)..... 133                           | IMOVAX RABIES VACCINE (PF)..... 134       |
| GARDASIL 9 (PF)..... 133                        | HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100..... 52          | IMPAVIDO ..... 57                         |
| GAUZE PAD ..... 98                              | HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN ..... 52         | INCONTROL ALCOHOL PADS ..... 99           |
| <i>gavilyte-c</i> ..... 125                     | HUMIRA..... 130                                 | INCONTROL PEN NEEDLE ..... 99             |
| <i>gavilyte-g</i> ..... 125                     | HUMIRA PEN..... 130                             | INCRELEX..... 128                         |
| <i>gavilyte-n</i> ..... 125                     | HUMIRA(CF)..... 131                             | INCRUSE ELLIPTA ..... 143                 |
| GAVRETO ..... 35                                | HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER..... 130         |   |
| <i>gefitinib</i> ..... 35                       | HUMIRA(CF) PEN..... 130                         |   |
| <i>gemfibrozil</i> ..... 74                     |   |   |
| <i>generlac</i> ..... 124                       |   |   |
| <i>gengraf</i> ..... 130                        |   |   |
| GENOTROPIN..... 128                             |   |   |
| GENOTROPIN MINIQUICK ..... 127                  |   |   |

|                                       |          |                                    |     |                                       |          |
|---------------------------------------|----------|------------------------------------|-----|---------------------------------------|----------|
| <i>indapamide</i> .....               | 73       | IXIARO (PF) .....                  | 134 | <i>lapatinib</i> .....                | 36       |
| <i>indomethacin</i> .....             | 26       | <b>J</b>                           |     | <i>larin 1.5/30 (21)</i> .....        | 78       |
| INFANRIX (DTAP) (PF) ...              | 134      | JAKAFI .....                       | 36  | <i>larin 1/20 (21)</i> .....          | 78       |
| INGREZZA .....                        | 76       | <i>jantoven</i> .....              | 67  | <i>latanoprost</i> .....              | 139      |
| INGREZZA INITIATION                   |          | JANUMET .....                      | 50  | LATUDA .....                          | 60       |
| PK(TARDIV).....                       | 76       | JANUMET XR .....                   | 50  | LAZCLUZE .....                        | 36       |
| INGREZZA SPRINKLE .....               | 76       | JANUVIA .....                      | 50  | <i>ledipasvir-sofosbuvir</i> .....    | 65       |
| INLYTA .....                          | 36       | JARDIANCE .....                    | 50  | <i>leena 28</i> .....                 | 78       |
| INQOVI .....                          | 36       | <i>jasmiel (28)</i> .....          | 78  | <i>leflunomide</i> .....              | 131      |
| INREBIC .....                         | 36       | JAYPIRCA .....                     | 36  | <i>lenalidomide</i> .....             | 36       |
| <i>insulin lispro</i> .....           | 52       | JULUCA .....                       | 63  | LENVIMA.....                          | 36, 37   |
| <i>insulin lispro protamin-lispro</i> |          | <i>junel 1.5/30 (21)</i> .....     | 78  | <i>lessina</i> .....                  | 78       |
| .....                                 | 52       | <i>junel 1/20 (21)</i> .....       | 78  | <i>letrozole</i> .....                | 37       |
| INSULIN SYR/NDL U100                  |          | <i>junel fe 1.5/30 (28)</i> .....  | 78  | <i>leucovorin calcium</i> .....       | 138      |
| HALF MARK.....                        | 99       | <i>junel fe 1/20 (28)</i> .....    | 78  | LEUKERAN .....                        | 37       |
| INSULIN SYRINGE.....                  | 86       | JYLAMVO .....                      | 36  | LEUKINE .....                         | 67       |
| INSULIN SYRINGE                       |          | JYNNEOS (PF) .....                 | 134 | <i>leuprolide</i> .....               | 37       |
| MICROFINE .....                       | 86       | <b>K</b>                           |     | <i>leuprolide (3 month)</i> .....     | 37       |
| INSULIN SYRINGE                       |          | KALYDECO.....                      | 144 | <i>levalbuterol hcl</i> .....         | 143      |
| NEEDLELESS.....                       | 86       | KERENDIA.....                      | 75  | <i>levalbuterol tartrate</i> .....    | 143      |
| INSULIN SYRINGE-NEEDLE                |          | <i>ketoconazole</i> .....          | 54  | <i>levetiracetam</i> .....            | 43       |
| U-100 .. 86, 97, 98, 99, 100,         |          | <i>ketorolac</i> .....             | 123 | <i>levobunolol</i> .....              | 139      |
| 106, 110, 113, 114                    |          | KINERET.....                       | 131 | <i>levocarnitine</i> .....            | 138      |
| INSUPEN PEN NEEDLE .                  | 100      | KINRIX (PF) .....                  | 134 | <i>levocetirizine</i> .....           | 55       |
| INTELENCE .....                       | 63       | KISQALI .....                      | 36  | <i>levofloxacin</i> .....             | 32       |
| INTRALIPID .....                      | 69       | KISQALI FEMARA CO-PACK             |     | <i>levofloxacin in d5w</i> .....      | 32       |
| INVEGA HAFYERA .....                  | 60       | .....                              | 36  | <i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i> |          |
| INVEGA SUSTENNA.....                  | 60       | KLOR-CON .....                     | 140 | .....                                 | 78       |
| INVEGA TRINZA .....                   | 60       | <i>klor-con m10</i> .....          | 140 | <i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>  |          |
| INVOKAMET.....                        | 50       | <i>klor-con m15</i> .....          | 140 | .....                                 | 78       |
| INVOKAMET XR.....                     | 50       | KORLYM.....                        | 50  | <i>levonorg-eth estrad triphasic</i>  |          |
| INVOKANA.....                         | 50       | KOSELUGO .....                     | 36  | .....                                 | 78       |
| IPOL .....                            | 134      | <i>kosher prenatal plus iron</i> . | 146 | <i>levora-28</i> .....                | 78       |
| <i>ipratropium bromide</i> .          | 121, 143 | KOURZEQ .....                      | 80  | <i>levothyroxine</i> .....            | 128      |
| <i>ipratropium-albuterol</i> .....    | 143      | KRAZATI .....                      | 36  | LEXIVA.....                           | 64       |
| <i>irbesartan</i> .....               | 69       | <b>L</b>                           |     | LIBERVANT .....                       | 43       |
| <i>irbesartan-</i>                    |          | <i>labetalol</i> .....             | 71  | <i>lidocaine</i> .....                | 26       |
| <i>hydrochlorothiazide</i> .....      | 69       | <i>lacosamide</i> .....            | 43  | <i>lidocaine hcl</i> .....            | 26       |
| IRESSA .....                          | 36       | LACRISERT .....                    | 121 | <i>lidocaine viscous</i> .....        | 26       |
| ISENTRESS .....                       | 63       | <i>lactulose</i> .....             | 124 | <i>lidocaine-prilocaine</i> .....     | 26       |
| ISENTRESS HD .....                    | 63       | LAMICTAL XR STARTER                |     | LILETTA .....                         | 78       |
| ISOLYTE S PH 7.4 .....                | 140      | (BLUE).....                        | 43  | <i>linezolid</i> .....                | 29       |
| ISOLYTE-S.....                        | 140      | LAMICTAL XR STARTER                |     | <i>linezolid in dextrose 5%</i> ..... | 28       |
| <i>isoniazid</i> .....                | 56       | (GREEN) .....                      | 43  | LINZESS.....                          | 124      |
| <i>isosorbide dinitrate</i> .....     | 75       | LAMICTAL XR STARTER                |     | <i>liothyronine</i> .....             | 129      |
| <i>isosorbide mononitrate</i> .....   | 75       | (ORANGE).....                      | 43  | LISCO .....                           | 100      |
| <i>isotretinoin</i> .....             | 81       | <i>lamivudine</i> .....            | 63  | <i>lisinopril</i> .....               | 70       |
| <i>itraconazole</i> .....             | 54       | <i>lamivudine-zidovudine</i> ..... | 63  | <i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> |          |
| IV PREP WIPES .....                   | 100      | <i>lamotrigine</i> .....           | 43  | .....                                 | 70       |
| <i>ivabradine</i> .....               | 72       | <i>lansoprazole</i> .....          | 123 | LITE TOUCH INSULIN PEN                |          |
| <i>ivermectin</i> .....               | 57       | LANTUS SOLOSTAR U-100              |     | NEEDLES .....                         | 100, 101 |
| IWILFIN .....                         | 36       | INSULIN .....                      | 52  | LITE TOUCH INSULIN                    |          |
| IXCHIQ (PF) .....                     | 134      | LANTUS U-100 INSULIN ..            | 52  | SYRINGE .....                         | 101      |

|                                     |          |  |            |                                       |          |
|-------------------------------------|----------|--|------------|---------------------------------------|----------|
| <i>lithium carbonate</i> .....      | 76       | <i>megestrol</i> .....                 | 37, 128    | MINI ULTRA-THIN II .....              | 103      |
| <i>lithium citrate</i> .....        | 76       | MEKINIST .....                         | 37         | <i>minocycline</i> .....              | 33       |
| LIVTENCITY .....                    | 65       | MEKTOVI.....                           | 37         | <i>minoxidil</i> .....                | 75       |
| LOKELMA.....                        | 124      | <i>meloxicam</i> .....                 | 26         | <i>mirtazapine</i> .....              | 48       |
| LONSURF .....                       | 37       | <i>memantine</i> .....                 | 46         | <i>misoprostol</i> .....              | 123      |
| <i>loperamide</i> .....             | 124      | MENACTRA (PF).....                     | 134        | M-M-R II (PF).....                    | 134      |
| <i>lopinavir-ritonavir</i> .....    | 64       | MENQUADFI (PF).....                    | 134        | <i>m-natal plus</i> .....             | 146      |
| <i>lorazepam</i> .....              | 28       | MENVEO A-C-Y-W-135-DIP                 |            | <i>modafinil</i> .....                | 145      |
| LORBRENA.....                       | 37       | (PF).....                              | 134        | <i>molindone</i> .....                | 60       |
| <i>loryna (28)</i> .....            | 78       | <i>meprobamate</i> .....               | 28         | <i>mometasone</i> .....               | 82       |
| <i>losartan</i> .....               | 69       | <i>mercaptapurine</i> .....            | 37         | MONOJECT INSULIN                      |          |
| <i>losartan-hydrochlorothiazide</i> |          | <i>meropenem</i> .....                 | 31         | SAFETY SYRINGE.....                   | 103      |
| .....                               | 69       | <i>merzee</i> .....                    | 78         | MONOJECT INSULIN                      |          |
| <i>lovastatin</i> .....             | 74       | <i>mesalamine</i> .....                | 137        | SYRINGE.....                          | 103, 104 |
| <i>loxapine succinate</i> .....     | 60       | MESNEX.....                            | 139        | MONOJECT SYRINGE....                  | 103      |
| <i>lubiprostone</i> .....           | 124      | <i>metformin</i> .....                 | 50         | MONOJECT ULTRA                        |          |
| <i>ludent fluoride</i> .....        | 146      | <i>methazolamide</i> .....             | 139        | COMFORT INSULIN ...                   | 116      |
| LUMAKRAS.....                       | 37       | <i>methimazole</i> .....               | 129        | <i>montelukast</i> .....              | 142      |
| LUPRON DEPOT .....                  | 37, 128  | <i>methocarbamol</i> .....             | 145        | <i>morphine</i> .....                 | 25       |
| LUPRON DEPOT (3                     |          | <i>methotrexate sodium</i> .....       | 38         | MORPHINE.....                         | 25       |
| MONTH).....                         | 37, 128  | <i>methotrexate sodium (pf)</i> ... 38 |            | <i>morphine concentrate</i> .....     | 25       |
| LUPRON DEPOT (4                     |          | <i>methoxsalen</i> .....               | 81         | MOTPOLY XR .....                      | 43, 44   |
| MONTH).....                         | 37       | <i>methsuximide</i> .....              | 43         | MOUNJARO.....                         | 51       |
| LUPRON DEPOT (6                     |          | <i>methyl dopa-</i>                    |            | MOVANTIK.....                         | 124      |
| MONTH).....                         | 37       | <i>hydrochlorothiazide</i> .....       | 69         | <i>moxifloxacin</i> .....             | 32, 122  |
| <i>lurasidone</i> .....             | 60       | <i>methylphenidate</i> .....           | 76         | <i>moxifloxacin-sod.ace,sul-</i>      |          |
| LYBALVI.....                        | 60       | <i>methylphenidate hcl</i> .....       | 76         | <i>water</i> .....                    | 32       |
| LYNPARZA.....                       | 37       | <i>methylprednisolone</i> .....        | 127        | <i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i> |          |
| LYSODREN.....                       | 37       | <i>methyltestosterone</i> .....        | 126        | .....                                 | 32       |
| LYTGOBI.....                        | 37       | <i>metoclopramide hcl</i> .....        | 124        | MRESVIA (PF).....                     | 134      |
| <b>M</b>                            |          | <i>metolazone</i> .....                | 73         | MULTAQ.....                           | 70       |
| MAGELLAN INSULIN                    |          | <i>metoprolol succinate</i> .....      | 71         | <i>mupirocin</i> .....                | 81       |
| SAFETY SYRNG..                      | 101, 102 | <i>metoprolol ta-</i>                  |            | <i>mycophenolate mofetil</i> .....    | 131      |
| MAGELLAN SYRINGE ...                | 101      | <i>hydrochlorothiaz</i> .....          | 71         | <i>mycophenolate sodium</i> ....      | 131      |
| <i>magnesium sulfate</i> .....      | 140      | <i>metoprolol tartrate</i> .....       | 71         | <i>mynatal</i> .....                  | 147      |
| <i>malathion</i> .....              | 83       | <i>metronidazole</i> .....             | 29, 55, 81 | <i>mynatal advance</i> .....          | 146      |
| <i>maraviroc</i> .....              | 64       | <i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>  |            | <i>mynatal plus</i> .....             | 147      |
| <i>marnatal-f</i> .....             | 146      | .....                                  | 29         | <i>mynatal-z</i> .....                | 147      |
| MARPLAN .....                       | 48       | <i>metyrosine</i> .....                | 72         | <i>mynate 90 plus</i> .....           | 147      |
| MATULANE .....                      | 37       | <i>mexiletine</i> .....                | 70         | MYRBETRIQ .....                       | 125      |
| MAXICOMFORT II PEN                  |          | <i>micafungin</i> .....                | 54         | <b>N</b>                              |          |
| NEEDLE.....                         | 102      | <i>miconazole-3</i> .....              | 54         | <i>nabumetone</i> .....               | 26       |
| MAXICOMFORT INSULIN                 |          | MICRODOT INSULIN PEN                   |            | <i>nadolol</i> .....                  | 71       |
| SYRINGE.....                        | 102      | NEEDLE.....                            | 102        | <i>nafcilin</i> .....                 | 32       |
| MAXI-COMFORT INSULIN                |          | MICRODOT READYGARD                     |            | <i>naloxone</i> .....                 | 27       |
| SYRINGE.....                        | 102      | PEN NEEDLE.....                        | 102        | <i>naltrexone</i> .....               | 27       |
| MAXI-COMFORT INSULIN                |          | <i>microgestin 1.5/30 (21)</i> .....   | 78         | NAMENDA XR.....                       | 46       |
| SYRINGE.....                        | 102      | <i>microgestin 1/20 (21)</i> .....     | 78         | <i>naproxen</i> .....                 | 26       |
| MAXICOMFORT SAFETY                  |          | <i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i> ..   | 78         | NARCAN .....                          | 27       |
| PEN NEEDLE .....                    | 102      | <i>microgestin fe 1/20 (28)</i> .....  | 78         | NATACYN .....                         | 122      |
| <i>meclizine</i> .....              | 57       | <i>midodrine</i> .....                 | 69         | <i>nateglinide</i> .....              | 51       |
| <i>medroxyprogesterone</i> .....    | 128      | <i>mifepristone</i> .....              | 50         | NAYZILAM.....                         | 44       |
| <i>mefloquine</i> .....             | 57       | MIGERGOT.....                          | 56         | <i>necon 0.5/35 (28)</i> .....        | 78       |

|  |                   |
|--|-------------------|
| <i>nefazodone</i> .....                        | 48                |
| <i>neomycin</i> .....                          | 28                |
| <i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i><br>.....    | 122               |
| <i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i><br>.....  | 122               |
| <i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i><br>.....  | 122               |
| <i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i><br>.....  | 122               |
| <i>neomycin-polymyxin-hc</i> ...               | 122               |
| NERLYNX.....                                   | 38                |
| NEUPRO.....                                    | 58                |
| <i>nevirapine</i> .....                        | 64                |
| <i>newgen</i> .....                            | 147               |
| NEXAVAR.....                                   | 38                |
| NEXPLANON.....                                 | 79                |
| <i>niacin</i> .....                            | 74                |
| <i>niacor</i> .....                            | 74                |
| NICOTROL NS.....                               | 27                |
| <i>nifedipine</i> .....                        | 73                |
| <i>nikki (28)</i> .....                        | 79                |
| <i>nilutamide</i> .....                        | 38                |
| NINLARO.....                                   | 38                |
| <i>nitazoxanide</i> .....                      | 57                |
| <i>nitrofurantoin</i> .....                    | 29                |
| <i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....       | 29                |
| <i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i><br>..... | 29                |
| <i>nitroglycerin</i> .....                     | 75, 139           |
| <i>niva-plus</i> .....                         | 147               |
| NIVESTYM.....                                  | 67                |
| <i>norelgestromin-ethin.estradiol</i><br>..... | 79                |
| <i>norethindrone (contraceptive)</i><br>.....  | 79                |
| <i>norethindrone acetate</i> .....             | 128               |
| <i>norethindrone ac-eth estradiol</i><br>..... | 79                |
| <i>norethindrone-e.estradiol-iron</i><br>..... | 79                |
| <i>norgestimate-ethinyl estradiol</i><br>..... | 79                |
| <i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....               | 79                |
| <i>nortrel 1/35 (21)</i> .....                 | 79                |
| <i>nortrel 1/35 (28)</i> .....                 | 79                |
| <i>nortrel 7/7/7 (28)</i> .....                | 79                |
| <i>nortriptyline</i> .....                     | 48                |
| NORVIR.....                                    | 64                |
| NOVOFINE 30.....                               | 104               |
| NOVOFINE 32.....                               | 104               |
| NOVOFINE PLUS.....                             | 104               |
| NOVOLIN 70/30 U-100<br>INSULIN.....            | 52                |
| NOVOLIN N NPH U-100<br>INSULIN.....            | 52                |
| NOVOLIN R REGULAR U100<br>INSULIN.....         | 52                |
| NOVOTWIST.....                                 | 104               |
| NOXAFIL.....                                   | 54                |
| NUBEQA.....                                    | 38                |
| NUCALA.....                                    | 144               |
| NUDEXTA.....                                   | 76                |
| NUPLAZID.....                                  | 61                |
| NUTRILIPID.....                                | 69                |
| <i>nyamyc</i> .....                            | 54                |
| <i>nystatin</i> .....                          | 54                |
| <i>nystatin-triamcinolone</i> .....            | 54                |
| <i>nystop</i> .....                            | 54                |
| <b>O</b>                                       |                   |
| <i>obstetrix dha</i> .....                     | 147               |
| <i>obstetrix dha prenatal duo</i> .....        | 147               |
| <i>o-cal prenatal</i> .....                    | 147               |
| <i>octreotide acetate</i> .....                | 128               |
| ODEFSEY.....                                   | 64                |
| ODOMZO.....                                    | 38                |
| OFEV.....                                      | 145               |
| <i>ofloxacin</i> .....                         | 32, 122           |
| OGSIVEO.....                                   | 38                |
| OJEMDA.....                                    | 38                |
| OJJAARA.....                                   | 38                |
| <i>olanzapine</i> .....                        | 61                |
| <i>olanzapine-fluoxetine</i> .....             | 48                |
| <i>olopatadine</i> .....                       | 121               |
| <i>omega-3 acid ethyl esters</i> .....         | 74                |
| <i>omeprazole</i> .....                        | 123, 124          |
| OMNITROPE.....                                 | 128               |
| <i>ondansetron</i> .....                       | 57                |
| <i>ondansetron hcl</i> .....                   | 57                |
| ONUREG.....                                    | 38                |
| ORACEA.....                                    | 33                |
| ORENCIA.....                                   | 131               |
| ORENCIA CLICKJECT... ..                        | 131               |
| ORGOVYX.....                                   | 128               |
| ORKAMBI.....                                   | 145               |
| ORSERDU.....                                   | 38                |
| <i>oseltamivir</i> .....                       | 65                |
| OTEZLA.....                                    | 131               |
| OTEZLA STARTER.....                            | 131               |
| <i>oxacillin</i> .....                         | 32                |
| <i>oxacillin in dextrose(iso-osm)</i><br>..... | 32                |
| OXBRYTA.....                                   | 68                |
| <i>oxcarbazepine</i> .....                     | 44                |
| OXERVATE.....                                  | 121               |
| OXTELLAR XR.....                               | 44                |
| <i>oxybutynin chloride</i> .....               | 125               |
| <i>oxycodone</i> .....                         | 25                |
| <i>oxycodone-acetaminophen</i> .....           | 25                |
| OZEMPIC.....                                   | 51                |
| <b>P</b>                                       |                   |
| <i>paliperidone</i> .....                      | 61                |
| PANRETIN.....                                  | 81                |
| <i>pantoprazole</i> .....                      | 124               |
| <i>paricalcitol</i> .....                      | 137               |
| <i>paromomycin</i> .....                       | 57                |
| <i>paroxetine hcl</i> .....                    | 49                |
| PASER.....                                     | 56                |
| PAXLOVID.....                                  | 65                |
| <i>pazopanib</i> .....                         | 38                |
| PEDIARIX (PF).....                             | 134               |
| PEDVAX HIB (PF).....                           | 134               |
| <i>peg 3350-electrolytes</i> .....             | 125               |
| PEGASYS.....                                   | 65, 66            |
| <i>peg-electrolyte soln</i> .....              | 125               |
| PEMAZYRE.....                                  | 38                |
| PEN NEEDLE... ..                               | 98, 104, 106      |
| PEN NEEDLE, DIABETIC.....                      | 90, 102, 104, 106 |
| PEN NEEDLE, DIABETIC,<br>SAFETY.....           | 107               |
| PENBRAYA (PF).....                             | 134               |
| PENBRAYA MENACWY<br>COMPONENT(PF).....         | 134               |
| PENBRAYA MENB<br>COMPONENT (PF).....           | 134               |
| <i>penicillamine</i> .....                     | 126               |
| <i>penicillin g pot in dextrose</i> .....      | 32                |
| <i>penicillin g potassium</i> .....            | 32                |
| <i>penicillin g sodium</i> .....               | 32                |
| <i>penicillin v potassium</i> .....            | 32                |
| PENTACEL (PF).....                             | 134               |
| PENTACEL DTAP-IPV<br>COMPNT (PF).....          | 135               |
| <i>pentamidine</i> .....                       | 57                |
| PENTIPS.....                                   | 104               |
| <i>pentoxifylline</i> .....                    | 68                |
| <i>periogard</i> .....                         | 80                |
| <i>permethrin</i> .....                        | 83                |
| <i>perphenazine</i> .....                      | 61                |
| <i>perphenazine-amitriptyline</i> .....        | 49                |
| PHEBURANE.....                                 | 124               |
| <i>phenelzine</i> .....                        | 49                |
| <i>phenobarbital</i> .....                     | 44                |
| <i>phenoxybenzamine</i> .....                  | 69                |
| <i>phenytoin</i> .....                         | 44                |
| <i>phenytoin sodium extended</i><br>.....      | 44                |

|                                       |          |                                       |        |                                      |          |
|---------------------------------------|----------|---------------------------------------|--------|--------------------------------------|----------|
| PIFELTRO .....                        | 64       | PREHEVBRIO (PF) .....                 | 135    | <i>propranolol-</i>                  |          |
| <i>pilocarpine hcl</i> .....          | 80, 139  | PREMARIN .....                        | 126    | <i>hydrochlorothiazid</i> .....      | 71       |
| <i>pimecrolimus</i> .....             | 82       | PREMPRO .....                         | 127    | <i>propylthiouracil</i> .....        | 129      |
| <i>pimozide</i> .....                 | 61       | <i>prena1 true</i> .....              | 147    | PROQUAD (PF) .....                   | 135      |
| <i>pindolol</i> .....                 | 71       | <i>prenaissance</i> .....             | 147    | PROSOL 20 % .....                    | 69       |
| <i>pioglitazone</i> .....             | 51       | <i>prenaissance plus</i> .....        | 147    | <i>protriptyline</i> .....           | 49       |
| <i>pioglitazone-glimepiride</i> ..... | 51       | <i>prenatabs fa</i> .....             | 147    | PROZAC .....                         | 49       |
| PIP PEN NEEDLE ...                    | 104, 105 | <i>prenatal 19</i> .....              | 147    | PULMOZYME .....                      | 120      |
| <i>piperacillin-tazobactam</i> .....  | 32       | <i>prenatal 19 (with docusate)</i>    |        | PURE COMFORT ALCOHOL                 |          |
| PIQRAY .....                          | 38       | .....                                 | 147    | PADS .....                           | 106      |
| <i>pirfenidone</i> .....              | 145      | <i>prenatal low iron</i> .....        | 147    | PURE COMFORT PEN                     |          |
| PLASMA-LYTE 148 .....                 | 140      | <i>prenatal plus</i> .....            | 147    | NEEDLE .....                         | 106      |
| PLASMA-LYTE A .....                   | 140      | <i>prenatal plus (calcium carb)</i>   |        | PURE COMFORT SAFETY                  |          |
| PLEGRIDY .....                        | 76, 77   | .....                                 | 147    | PEN NEEDLE .....                     | 105, 106 |
| <i>pnv 29-1</i> .....                 | 147      | <i>prenatal vitamin plus low iron</i> |        | PURIXAN .....                        | 38       |
| <i>pnv-dha + docusate</i> .....       | 147      | .....                                 | 147    | <i>pyrazinamide</i> .....            | 56       |
| <i>pnv-omega</i> .....                | 147      | <i>prenatal-u</i> .....               | 148    | <i>pyridostigmine bromide</i> ...    | 139      |
| <i>podofilox</i> .....                | 81       | <i>preplus</i> .....                  | 148    | <i>pyrimethamine</i> .....           | 58       |
| <i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>  |          | <i>pretab</i> .....                   | 148    | <b>Q</b>                             |          |
| .....                                 | 122      | <i>prevalite</i> .....                | 74     | QINLOCK .....                        | 38       |
| POMALYST .....                        | 38       | PREVENT DROPSAFE PEN                  |        | QUADRACEL (PF) .....                 | 135      |
| <i>portia 28</i> .....                | 79       | NEEDLE .....                          | 105    | <i>quetiapine</i> .....              | 61       |
| <i>posaconazole</i> .....             | 55       | PREVYMIS .....                        | 65     | <i>quinapril</i> .....               | 70       |
| <i>potassium chlorid-d5-</i>          |          | PREZCOBIX .....                       | 64     | <i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> |          |
| <i>0.45%nacl</i> .....                | 140      | PREZISTA .....                        | 64     | .....                                | 70       |
| <i>potassium chloride</i> .....       | 141      | PRIFTIN .....                         | 56     | <i>quinidine gluconate</i> .....     | 71       |
| <i>potassium chloride in 5 % dex</i>  |          | PRIMAQUINE .....                      | 57     | <i>quinidine sulfate</i> .....       | 71       |
| .....                                 | 141      | <i>primidone</i> .....                | 44     | <i>quinine sulfate</i> .....         | 58       |
| <i>potassium chloride in water</i>    |          | PRIORIX (PF) .....                    | 135    | <b>R</b>                             |          |
| .....                                 | 141      | PRO COMFORT ALCOHOL                   |        | RABAVERT (PF) .....                  | 135      |
| <i>potassium chloride-d5-</i>         |          | PADS .....                            | 105    | <i>raloxifene</i> .....              | 127      |
| <i>0.2%nacl</i> .....                 | 141      | PRO COMFORT INSULIN                   |        | <i>ramipril</i> .....                | 70       |
| <i>potassium chloride-d5-</i>         |          | SYRINGE .....                         | 105    | <i>ranolazine</i> .....              | 72       |
| <i>0.9%nacl</i> .....                 | 141      | PRO COMFORT PEN                       |        | <i>rasagiline</i> .....              | 58       |
| <i>potassium citrate</i> .....        | 141      | NEEDLE .....                          | 105    | RAYALDEE .....                       | 137      |
| <i>pr natal 400</i> .....             | 147      | <i>probenecid</i> .....               | 55     | REBIF (WITH ALBUMIN) ..              | 77       |
| <i>pr natal 400 ec</i> .....          | 147      | <i>prochlorperazine</i> .....         | 57     | REBIF REBIDOSE .....                 | 77       |
| <i>pr natal 430</i> .....             | 147      | <i>prochlorperazine maleate</i> ..    | 57     | REBIF TITRATION PACK ..              | 77       |
| <i>pr natal 430 ec</i> .....          | 147      | PROCRIT .....                         | 67     | <i>reclipsen (28)</i> .....          | 79       |
| PRADAXA .....                         | 67       | <i>procto-med hc</i> .....            | 83     | RECOMBIVAX HB (PF) ...               | 135      |
| <i>pramipexole</i> .....              | 58       | <i>proctosol hc</i> .....             | 83     | RECTIV .....                         | 139      |
| <i>prasugrel</i> .....                | 68       | <i>proctozone-hc</i> .....            | 83     | RELENZA DISKHALER ....               | 65       |
| <i>pravastatin</i> .....              | 74       | PRODIGY INSULIN                       |        | RELION NEEDLES .....                 | 106      |
| <i>praziquantel</i> .....             | 57       | SYRINGE .....                         | 105    | RELION PEN NEEDLES .                 | 106      |
| <i>prazosin</i> .....                 | 69       | PROGRAF .....                         | 131    | <i>repaglinide</i> .....             | 51       |
| <i>prednisolone</i> .....             | 127      | PROLASTIN-C .....                     | 145    | REPATHA PUSHTRONEX                   | 74       |
| <i>prednisolone acetate</i> .....     | 123      | PROLIA .....                          | 137    | REPATHA SURECLICK ....               | 74       |
| <i>prednisolone sodium</i>            |          | PROMACTA .....                        | 67     | REPATHA SYRINGE .....                | 74       |
| <i>phosphate</i> .....                | 123, 127 | <i>promethazine</i> .....             | 55, 57 | RESTASIS MULTIDOSE .                 | 123      |
| <i>prednisone</i> .....               | 127      | <i>promethegan</i> .....              | 57     | RETACRIT .....                       | 67       |
| PREDNISONONE INTENSOL                 |          | <i>propafenone</i> .....              | 70     | RETEVMO .....                        | 38, 39   |
| .....                                 | 127      | <i>proparacaine</i> .....             | 121    | REVLIMID .....                       | 39       |
| <i>pregabalin</i> .....               | 44       | <i>propranolol</i> .....              | 71     | REXULTI .....                        | 61       |

|                                       |          |                                       |     |  |          |
|---------------------------------------|----------|---------------------------------------|-----|--|----------|
| REYATAZ .....                         | 64       | SELZENTRY .....                       | 64  | <i>subvenite starter (blue) kit</i> .....  | 44       |
| REZLIDHIA .....                       | 39       | <i>se-natal 19 chewable</i> .....     | 148 | <i>subvenite starter (green) kit</i> ..... | 44       |
| REZUROCK .....                        | 131      | SEREVENT DISKUS .....                 | 143 | <i>subvenite starter (orange) kit</i>      |          |
| RHOPRESSA .....                       | 140      | <i>sertraline</i> .....               | 49  | .....                                      | 44       |
| <i>ribavirin</i> .....                | 66       | <i>setlakin</i> .....                 | 79  | <i>sucralfate</i> .....                    | 124      |
| RIDAURA .....                         | 131      | SHINGRIX (PF) .....                   | 135 | <i>sulfacetamide sodium</i> .....          | 122      |
| <i>rifabutin</i> .....                | 56       | SIGNIFOR .....                        | 128 | <i>sulfacetamide sodium (acne)</i>         |          |
| <i>rifampin</i> .....                 | 56       | <i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> |     | .....                                      | 81       |
| <i>riluzole</i> .....                 | 77       | .....                                 | 146 | <i>sulfacetamide-prednisolone</i>          |          |
| <i>rimantadine</i> .....              | 65       | <i>silver sulfadiazine</i> .....      | 81  | .....                                      | 122      |
| RINVOQ .....                          | 131      | <i>simvastatin</i> .....              | 74  | <i>sulfadiazine</i> .....                  | 32       |
| RINVOQ LQ .....                       | 131      | <i>sirolimus</i> .....                | 132 | <i>sulfamethoxazole-</i>                   |          |
| <i>risedronate</i> .....              | 137, 138 | SIRTURO .....                         | 56  | <i>trimethoprim</i> .....                  | 32, 33   |
| RISPERDAL CONSTA .....                | 61       | SKY SAFETY PEN NEEDLE                 |     | <i>sulfasalazine</i> .....                 | 137      |
| <i>risperidone</i> .....              | 61       | .....                                 | 107 | <i>sulindac</i> .....                      | 26       |
| <i>risperidone microspheres</i> ..... | 61       | SKYRIZI .....                         | 132 | <i>sumatriptan succinate</i> .....         | 56       |
| <i>ritonavir</i> .....                | 64       | <i>sodium chloride</i> .....          | 137 | <i>sunitinib malate</i> .....              | 39       |
| <i>rivastigmine</i> .....             | 46       | <i>sodium chloride 0.45 %</i> .....   | 141 | SUNLENCA .....                             | 64       |
| <i>rivastigmine tartrate</i> .....    | 46       | <i>sodium chloride 0.9 %</i> .....    | 141 | SURE COMFORT ALCOHOL                       |          |
| <i>rizatriptan</i> .....              | 56       | <i>sodium chloride 3 %</i>            |     | PREP PADS .....                            | 108      |
| <i>r-natal ob</i> .....               | 148      | <i>hypertonic</i> .....               | 141 | SURE COMFORT INS. SYR.                     |          |
| <i>roflumilast</i> .....              | 145      | <i>sodium chloride 5 %</i>            |     | U-100 .....                                | 107      |
| <i>ropinirole</i> .....               | 58       | <i>hypertonic</i> .....               | 141 | SURE COMFORT INSULIN                       |          |
| <i>rosuvastatin</i> .....             | 74       | <i>sodium oxybate</i> .....           | 145 | SYRINGE .....                              | 107, 108 |
| ROTARIX .....                         | 135      | <i>sodium phenylbutyrate</i> .....    | 124 | SURE COMFORT PEN                           |          |
| ROTATEQ VACCINE .....                 | 135      | <i>sodium polystyrene sulfonate</i>   |     | NEEDLE .....                               | 108      |
| ROZLYTREK .....                       | 39       | .....                                 | 124 | SURE COMFORT SAFETY                        |          |
| RUBRACA .....                         | 39       | <i>sodium,potassium,mag</i>           |     | PEN NEEDLE .....                           | 107      |
| <i>rufinamide</i> .....               | 44       | <i>sulfates</i> .....                 | 125 | SURE-FINE PEN NEEDLES                      |          |
| RUKOBIA .....                         | 64       | <i>sofosbuvir-velpatasvir</i> .....   | 65  | .....                                      | 108      |
| RYBELSUS .....                        | 51       | SOLTAMOX .....                        | 39  | SURE-JECT INSULIN                          |          |
| RYDAPT .....                          | 39       | SOMAVERT .....                        | 128 | SYRINGE .....                              | 108, 109 |
| <b>S</b>                              |          | <i>sorafenib</i> .....                | 39  | SURE-PREP ALCOHOL                          |          |
| SAFESNAP INSULIN                      |          | <i>sotalol</i> .....                  | 71  | PREP PADS .....                            | 109      |
| SYRINGE .....                         | 106, 107 | <i>sotalol af</i> .....               | 71  | SUTAB .....                                | 125      |
| SAFETY PEN NEEDLE .....               | 107      | SPIRIVA RESPIMAT .....                | 144 | SUTENT .....                               | 39       |
| SANCUSO .....                         | 57       | <i>spironolactone</i> .....           | 73  | SYMLINPEN 120 .....                        | 51       |
| SANDIMMUNE .....                      | 131      | <i>spironolacton-</i>                 |     | SYMLINPEN 60 .....                         | 51       |
| SANTYL .....                          | 81       | <i>hydrochlorothiaz</i> .....         | 73  | SYMPAZAN .....                             | 44       |
| <i>sapropterin</i> .....              | 120, 121 | <i>sprintec (28)</i> .....            | 79  | SYMTUZA .....                              | 64       |
| SAVELLA .....                         | 77       | SPRITAM .....                         | 44  | SYNAREL .....                              | 128      |
| SCSEMBLIX .....                       | 39       | SPRYCEL .....                         | 39  | SYNJARDY .....                             | 51       |
| <i>scopolamine base</i> .....         | 57       | <i>sronyx</i> .....                   | 79  | SYNJARDY XR .....                          | 51       |
| SECUADO .....                         | 62       | STEGLATRO .....                       | 51  | SYRINGE WITH NEEDLE,                       |          |
| SECURESAFE INSULIN                    |          | STEGLUJAN .....                       | 51  | SAFETY .....                               | 107      |
| SYRINGE .....                         | 107      | STELARA .....                         | 132 | <b>T</b>                                   |          |
| SECURESAFE PEN                        |          | STERILE PADS .....                    | 107 | TABLOID .....                              | 39       |
| NEEDLE .....                          | 107      | STIOLTO RESPIMAT .....                | 144 | TABRECTA .....                             | 39       |
| SEGLUROMET .....                      | 51       | STIVARGA .....                        | 39  | <i>tacrolimus</i> .....                    | 83, 132  |
| <i>select-ob</i> .....                | 148      | <i>streptomycin</i> .....             | 28  | <i>tadalafil</i> .....                     | 146      |
| <i>select-ob (folic acid)</i> .....   | 148      | STRIBILD .....                        | 64  | <i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>      |          |
| <i>selegiline hcl</i> .....           | 58       | STRIVERDI RESPIMAT .....              | 144 | .....                                      | 146      |
| <i>selenium sulfide</i> .....         | 81       | <i>subvenite</i> .....                | 44  | TADLIQ .....                               | 146      |

|                                      |          |  |         |                                |          |
|--------------------------------------|----------|--|---------|--------------------------------|----------|
| TAFINLAR .....                       | 39       | <i>tiagabine</i> .....                 | 45      | TRINTELLIX .....               | 49       |
| TAGRISSE .....                       | 39       | TIBSOVO .....                          | 40      | <i>tri-sprintec (28)</i> ..... | 80       |
| TAKHZYRO .....                       | 139      | TICOVAC .....                          | 136     | TRIUMEQ .....                  | 65       |
| TALTZ AUTOINJECTOR .....             | 132      | <i>tigecycline</i> .....               | 33      | TRIUMEQ PD .....               | 65       |
| TALTZ SYRINGE.....                   | 132      | <i>timolol maleate</i> .....           | 72, 140 | <i>triveen-duo dha</i> .....   | 148      |
| TALZENNA.....                        | 39       | <i>tinidazole</i> .....                | 58      | <i>trivora (28)</i> .....      | 80       |
| <i>tamoxifen</i> .....               | 40       | <i>tiotropium bromide</i> .....        | 144     | <i>tri-vylibra lo</i> .....    | 80       |
| <i>tamsulosin</i> .....              | 126      | TIVICAY .....                          | 65      | TRIZIVIR.....                  | 65       |
| TARGRETIN.....                       | 40       | TIVICAY PD .....                       | 65      | <i>trospium</i> .....          | 125      |
| <i>tarina 24 fe</i> .....            | 79       | <i>tizanidine</i> .....                | 145     | TRUE COMFORT ALCOHOL           |          |
| <i>taron-c dha</i> .....             | 148      | TOBI PODHALER.....                     | 28      | PADS .....                     | 111      |
| <i>taron-prex prenatal-dha</i> ...   | 148      | <i>tobramycin</i> .....                | 28, 122 | TRUE COMFORT INSULIN           |          |
| TASIGNA.....                         | 40       | <i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> 28   |         | SYRINGE.....                   | 111      |
| TAVNEOS .....                        | 132      | <i>tobramycin sulfate</i> .....        | 28      | TRUE COMFORT PEN               |          |
| <i>tazarotene</i> .....              | 83       | <i>tolcapone</i> .....                 | 58      | NEEDLE.....                    | 111, 112 |
| TAZORAC .....                        | 83       | <i>tolterodine</i> .....               | 125     | TRUE COMFORT PRO               |          |
| <i>taztia xt</i> .....               | 72       | TOPCARE CLICKFINE ..                   | 111     | ALCOHOL PADS .....             | 112      |
| TAZVERIK.....                        | 40       | TOPCARE ULTRA                          |         | TRUE COMFORT PRO INS           |          |
| TDVAX.....                           | 135      | COMFORT .....                          | 111     | SYRINGE.....                   | 111, 112 |
| TECHLITE INSULIN                     |          | <i>topiramate</i> .....                | 45      | TRUE COMFORT SAFE              |          |
| SYRINGE.....                         | 109, 110 | <i>toremifene</i> .....                | 40      | INSULIN SYRG....               | 111, 112 |
| TECHLITE INSULN                      |          | <i>torpenz</i> .....                   | 40      | TRUE COMFORT SAFETY            |          |
| SYR(HALF UNIT).....                  | 109      | <i>torsemide</i> .....                 | 73      | PEN NEEDLE .....               | 111      |
| TECHLITE PEN NEEDLE                  | 110      | TOUJEO MAX U-300                       |         | TRUEPLUS INSULIN.....          | 113      |
| TECHLITE PLUS PEN                    |          | SOLOSTAR.....                          | 53      | TRUEPLUS PEN NEEDLE            |          |
| NEEDLE.....                          | 110      | TOUJEO SOLOSTAR U-300                  |         | .....                          | 112, 113 |
| TEFLARO .....                        | 30       | INSULIN .....                          | 53      | TRULICITY .....                | 51       |
| <i>temazepam</i> .....               | 28       | <i>tramadol</i> .....                  | 25      | TRUMENBA.....                  | 136      |
| TENIVAC (PF) .....                   | 135, 136 | <i>tranexamic acid</i> .....           | 68      | TRUQAP.....                    | 40       |
| <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> |          | <i>tranylcypromine</i> .....           | 49      | TUKYSA .....                   | 40       |
| .....                                | 64       | TRAVASOL 10 % .....                    | 69      | TURALIO .....                  | 40       |
| TEPMETKO .....                       | 40       | <i>travoprost</i> .....                | 140     | <i>turqoz (28)</i> .....       | 80       |
| <i>terazosin</i> .....               | 126      | <i>trazodone</i> .....                 | 49      | TWINRIX (PF).....              | 136      |
| <i>terbinafine hcl</i> .....         | 55       | TRECATOR .....                         | 56      | TYBOST .....                   | 139      |
| <i>terbutaline</i> .....             | 144      | TRELEGY ELLIPTA .....                  | 144     | TYMLOS.....                    | 138      |
| <i>terconazole</i> .....             | 55       | TRELSTAR .....                         | 40      | TYPHIM VI.....                 | 136      |
| <i>teriflunomide</i> .....           | 77       | <i>tretinoin</i> .....                 | 83      | <b>U</b>                       |          |
| <i>teriparatide</i> .....            | 138      | <i>tretinoin (antineoplastic)</i> .... | 40      | UBRELVY .....                  | 56       |
| TERUMO INSULIN                       |          | <i>triamcinolone acetonide</i> ....    | 80,     | UDENYCA .....                  | 68       |
| SYRINGE.....                         | 110      | 83                                     |         | UDENYCA AUTOINJECTOR           |          |
| <i>testosterone</i> .....            | 126      | <i>triamterene-</i>                    |         | .....                          | 67       |
| <i>testosterone cypionate</i> ....   | 126      | <i>hydrochlorothiazid</i> .....        | 73      | UDENYCA ONBODY .....           | 67       |
| <i>testosterone enanthate</i> ....   | 126      | <i>triazolam</i> .....                 | 28      | ULTICARE .....                 | 114      |
| TETANUS,DIPHThERIA                   |          | <i>trientine</i> .....                 | 126     | ULTICARE INSULIN               |          |
| TOX PED(PF) .....                    | 136      | <i>tri-estarylla</i> .....             | 79      | SYRINGE.....                   | 113, 114 |
| <i>tetrabenazine</i> .....           | 77       | <i>trifluoperazine</i> .....           | 62      | ULTICARE INSULN                |          |
| <i>tetracycline</i> .....            | 33       | <i>trifluridine</i> .....              | 122     | SYR(HALF UNIT).....            | 113      |
| THALOMID .....                       | 139      | <i>trihexyphenidyl</i> .....           | 58      | ULTICARE PEN NEEDLE            | 114      |
| <i>theophylline</i> .....            | 144      | <i>tri-legest fe</i> .....             | 79      | ULTICARE SAFETY PEN            |          |
| THINPRO INSULIN                      |          | <i>tri-lo-estarylla</i> .....          | 80      | NEEDLE.....                    | 114      |
| SYRINGE.....                         | 110      | <i>tri-lo-sprintec</i> .....           | 80      | ULTIGUARD SAFEPACK-            |          |
| <i>thioridazine</i> .....            | 62       | <i>trimethoprim</i> .....              | 29      | INSULIN SYR.....               | 114, 115 |
| <i>thiothixene</i> .....             | 62       | <i>trimipramine</i> .....              | 49      |                                |          |



|   |   |   |
|---|---|---|
| ULTIGUARD SAFEPACK-<br>PEN NEEDLE ..... 114, 115    | <i>valproic acid (as sodium salt)</i><br>..... 45 | <i>vitafol nano</i> ..... 148             |
| ULTILET ALCOHOL SWAB<br>..... 115                   | <i>valsartan</i> ..... 70                         | <i>vitafol-ob+dha</i> ..... 148           |
| ULTILET INSULIN SYRINGE<br>..... 100, 115           | <i>valsartan-hydrochlorothiazide</i><br>..... 70  | VITRAKVI ..... 40                         |
| ULTILET PEN NEEDLE... 115                           | VALTOCO ..... 45                                  | VIZIMPRO ..... 40                         |
| ULTRA CMFT INS SYR<br>(HALF UNIT) ..... 98, 107     | <i>vancomycin</i> ..... 29                        | VONJO ..... 40                            |
| ULTRA COMFORT INSULIN<br>SYRINGE . 93, 98, 115, 116 | VANFLYTA..... 40                                  | VORANIGO ..... 40                         |
| ULTRA FLO INSUL<br>SYR(HALF UNIT)..... 116          | VANISHPOINT INSULIN<br>SYRINGE ..... 119          | <i>voriconazole</i> ..... 55              |
| ULTRA FLO INSULIN<br>SYRINGE ..... 116              | VANISHPOINT SYRINGE 119                           | VOTRIENT ..... 40                         |
| ULTRA FLO PEN NEEDLE<br>..... 116                   | VAQTA (PF) ..... 136                              | VOWST ..... 139                           |
| ULTRA THIN PEN NEEDLE<br>..... 116                  | <i>varenicline</i> ..... 27                       | <i>vp-ch-pnv</i> ..... 148                |
| ULTRACARE INSULIN<br>SYRINGE ..... 116, 117         | VARIVAX (PF)..... 136                             | <i>vp-pnv-dha</i> ..... 148               |
| ULTRACARE PEN NEEDLE<br>..... 117                   | VARIZIG..... 132                                  | VRAYLAR..... 62                           |
| ULTRA-THIN II (SHORT) INS<br>SYR..... 117, 118      | VAXCHORA VACCINE .. 136                           | <b>W</b>                                  |
| ULTRA-THIN II (SHORT)<br>PEN NDL ..... 118          | VELTASSA..... 124                                 | <i>warfarin</i> ..... 67                  |
| ULTRA-THIN II INS PEN<br>NEEDLES ..... 118          | VEMLIDY ..... 65                                  | WEBCOL ..... 120                          |
| ULTRA-THIN II INSULIN<br>SYRINGE ..... 117          | VENCLEXTA..... 40                                 | WEGOVY ..... 139                          |
| UNIFINE PEN NEEDLE... 118                           | VENCLEXTA STARTING<br>PACK..... 40                | WELIREG ..... 40                          |
| UNIFINE PENTIPS .. 104, 118                         | <i>venlafaxine</i> ..... 49, 50                   | <i>wixela inhub</i> ..... 142             |
| UNIFINE PENTIPS<br>MAXFLOW ..... 118                | <i>venlafaxine besylate</i> ..... 49              | <b>X</b>                                  |
| UNIFINE PENTIPS PLUS 118                            | VENTOLIN HFA ..... 144                            | XALKORI ..... 40, 41                      |
| UNIFINE PENTIPS PLUS<br>MAXFLOW ..... 118           | VEOZAH ..... 139                                  | XARELTO ..... 67                          |
| UNIFINE PROTECT 118, 119                            | <i>verapamil</i> ..... 72                         | XARELTO DVT-PE TREAT<br>30D START..... 67 |
| UNIFINE SAFECONTROL<br>..... 119                    | VERIFINE INSULIN<br>SYRINGE ..... 119, 120        | XATMEP..... 41                            |
| UNIFINE SAFECONTROL<br>PEN NEEDLE ..... 119         | VERIFINE PEN NEEDLE 119,<br>120                   | XCOPRI..... 45, 46                        |
| UNIFINE ULTRA PEN<br>NEEDLE..... 119                | VERIFINE PLUS PEN<br>NEEDLE ..... 120             | XCOPRI MAINTENANCE<br>PACK ..... 45       |
| <i>ursodiol</i> ..... 124                           | VERIFINE PLUS PEN<br>NEEDLE-SHARP ..... 120       | XCOPRI TITRATION PACK<br>..... 46         |
| UZEDY ..... 62                                      | VERQUVO ..... 72                                  | XDEMZY ..... 122                          |
| <b>V</b>  | VERSACLOZ ..... 62                                | XELJANZ ..... 132                         |
| <i>valacyclovir</i> ..... 66                        | VERSALON..... 120                                 | XELJANZ XR..... 132                       |
| VALCHLOR ..... 81                                   | VERZENIO ..... 40                                 | XERMELO ..... 124                         |
| <i>valganciclovir</i> ..... 66                      | VIBERZI ..... 124                                 | XGEVA ..... 138                           |
| <i>valproic acid</i> ..... 45                       | <i>vigabatrin</i> ..... 45                        | XIFAXAN ..... 29                          |
|   | <i>vigadrone</i> ..... 45                         | XIGDUO XR..... 51                         |
|   | VIGAFYDE ..... 45                                 | XIIDRA..... 123                           |
|   | <i>vigpoder</i> ..... 45                          | XOLAIR ..... 145                          |
|   | VIIBRYD..... 50                                   | XOSPATA..... 41                           |
|   | <i>vilazodone</i> ..... 50                        | XPOVIO..... 41                            |
|   | <i>vinate care</i> ..... 148                      | XTANDI ..... 41                           |
|   | VIRACEPT ..... 65                                 | <i>xulane</i> ..... 80                    |
|   | VIREAD..... 65                                    | XYREM..... 145                            |
|   | <i>virt-c dha</i> ..... 148                       | <b>Y</b>                                  |
|   | <i>virt-nate dha</i> ..... 148                    | YF-VAX (PF)..... 136                      |
|   | <i>virt-pn dha</i> ..... 148                      | YONSA..... 41                             |
|   | <i>virt-pn plus</i> ..... 148                     | <b>Z</b>                                  |
|   | <i>vitafol gummies</i> ..... 148                  | <i>zafemy</i> ..... 80                    |
|   |   | <i>zafirlukast</i> ..... 143              |
|   |   | <i>zaleplon</i> ..... 146                 |
|   |   | ZARXIO ..... 68                           |
|   |   | <i>zatean-pn dha</i> ..... 148            |
|   |   | <i>zatean-pn plus</i> ..... 148           |

|                       |     |                                   |     |
|-----------------------|-----|-----------------------------------|-----|
| ZEGALOGUE             |     | ZONISADE .....                    | 46  |
| AUTOINJECTOR .....    | 139 | <i>zonisamide</i> .....           | 46  |
| ZEGALOGUE SYRINGE .   | 139 | <i>zovia 1-35 (28)</i> .....      | 80  |
| ZEJULA .....          | 41  | ZTALMY .....                      | 46  |
| ZELAPAR .....         | 58  | ZURZUVAE .....                    | 50  |
| ZELBORAF.....         | 41  | ZYDELIG .....                     | 41  |
| ZEMAIRA.....          | 145 | ZYKADIA .....                     | 41  |
| <i>zenatane</i> ..... | 81  | ZYPREXA RELPREVV .....            | 62  |
| ZENPEP .....          | 121 |                                   |     |
|                       |     | ZEPATIER.....                     | 65  |
|                       |     | <i>zidovudine</i> .....           | 65  |
|                       |     | ZIEXTENZO .....                   | 68  |
|                       |     | <i>zingiber</i> .....             | 148 |
|                       |     | <i>ziprasidone hcl</i> .....      | 62  |
|                       |     | <i>ziprasidone mesylate</i> ..... | 62  |
|                       |     | ZIRGAN .....                      | 123 |
|                       |     | ZOLINZA.....                      | 41  |
|                       |     | <i>zolpidem</i> .....             | 146 |



## DualChoice

### SERVICIOS PARA MIEMBROS DE IEHP DUALCHOICE



**LLAME AL: 1-877-273-IEHP (4347)**

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los Servicios para Miembros de IEHP DualChoice cuentan además con servicios gratuitos de un intérprete de idiomas, disponibles para quienes no hablan inglés.



**TTY: 1-800-718-4347**

Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para quienes tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.



**FAX: (909) 890-5877**



**ESCRIBA A: IEHP DualChoice**

P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729-1800



**CORREO ELECTRÓNICO: [memberservices@iehp.org](mailto:memberservices@iehp.org)**



**SITIO WEB: [www.iehp.org](http://www.iehp.org)**

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, por favor llámenos al **1-877-273-IEHP (4347)**, los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-718-4347**, de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. O visite **[www.iehp.org](http://www.iehp.org)**.

**Mensaje Importante de lo que Paga por las Vacunas:** Algunas vacunas son consideradas beneficios médicos. Otras vacunas son consideradas medicamentos de la Parte D. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted.

Esta lista de medicamentos fue actualizada en la fecha 10/01/2024.