

Para Miembros **MEDICAMENTOS CUBIERTOS**

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) Plan

Mayo
2024



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.

POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN. 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 04/18/2024. Formulary ID 00024501 Versión #10

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) | 2024

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulary)

Introducción

Este documento se denomina *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también conocida como Lista de Medicamentos). En esta lista se le informa qué medicamentos recetados y medicamentos de venta sin receta médica (*over-the-counter, OTC*) y productos no farmacéuticos están cubiertos por IEHP DualChoice, un plan Medicare Medi-Cal. La Lista de Medicamentos también le informa si existen reglas o restricciones especiales sobre cualquier medicamento cubierto por IEHP DualChoice.

Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la Lista de Medicamentos, aparece en la portada y la contraportada. Los términos claves y sus definiciones aparecen en el último capítulo de la *Evidencia de Cobertura*.

Tabla de contenidos

A. Descargos de responsabilidad.....	3
B. Preguntas frecuentes.....	4
B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> ? (Llamamos a la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> la “Lista de Medicamentos” para abreviar).....	4
B2. ¿La Lista de Medicamentos alguna vez cambia?	4
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la Lista de Medicamentos?	5
B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o alguna acción requerida para obtener ciertos medicamentos?	6
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si se requieren acciones para obtenerlo?.....	7
B6. ¿Qué sucede si IEHP DualChoice cambia sus reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada)?.....	7
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos?.....	7
B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la Lista de Medicamentos?.....	8



Si tiene alguna pregunta, por favor, 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. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de IEHP DualChoice y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de Medicamentos o tengo problemas para obtenerlo?	8
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento?	10
B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?	10
B12. ¿Cuánto tiempo se tarda en obtener una excepción?.....	10
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	11
B14. ¿Qué son los medicamentos de venta sin receta médica?	11
B15. ¿IEHP DualChoice cubre productos de venta sin receta médica que no son medicamentos?.....	11
B16. ¿Puedo recibir medicamentos recetados en mi casa desde mi farmacia local?.....	11
B17. ¿Cuál es mi copago?.....	11
C. Descripción general de la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i>	12
D. Lista de Medicamentos por Afección Médica	14
E. Índice de Medicamentos Cubiertos.....	140

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.
- ❖ Puede consultar en todo momento la *Lista de Medicamentos Cubiertos* actualizada de IEHP DualChoice en línea en www.iehp.org o llamando al 1-877-273-IEHP (4347).
- ❖ Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como impresión con letra grande, Braille o audio. Llame a 1-877-273-IEHP (4347), 8am-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 gratis.
- ❖ ATTENTION: If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call IEHP DualChoice Member Services at 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays. TTY users should call 1-800-718-4347. The call is free.
- ❖ ATENCIÓN: Si usted prefiere comunicarse en un idioma que no es inglés, tenemos a su disposición un servicio libre de cargo. Por favor, 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 TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.
- ❖ 注意：如果您使用其他語言，可以免費獲得語言援助服務。請撥打 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為早上 8 點至晚上 8 點（太平洋標準時間），每週 7 天，包括節假日。TTY 使用者應撥打 1-800-718-4347。此服務電話免付費。
- ❖ LƯU Ý: Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác, chương trình sẽ cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Hãy gọi 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (Múi giờ Chuẩn Thái Bình Dương - PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-718-4347. Miễn phí cước gọi.
- ❖ Si desea realizar una solicitud permanente para recibir materiales en un idioma distinto del inglés, o en un formato alternativo, o si desea hacer cambios a una solicitud permanente, por favor llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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 mantendrá su información como solicitud permanente para las futuras correspondencias y comunicaciones, de manera que usted no necesite realizar una nueva solicitud cada vez.



Si tiene alguna pregunta, por favor, 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. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

B. Preguntas frecuentes

Encuentre aquí las respuestas a sus preguntas sobre esta *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulary)*. Puede leer todas las preguntas frecuentes para obtener más información o buscar una pregunta y una respuesta en específico.

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

Los medicamentos en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* que comienza en la página 14 son los medicamentos cubiertos por IEHP DualChoice (HMO D-SNP). Los medicamentos están disponibles en las farmacias de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un acuerdo con ellos para trabajar conjuntamente y brindarle servicios. Nos referimos a estas farmacias como "farmacias de la red". Los medicamentos recetados incluidos en esta Lista de Medicamentos Cubiertos tienen cobertura de IEHP DualChoice. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta sin receta médica y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (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. Traiga su tarjeta de identificación de beneficiario (*Beneficiary Identification Card, BIC*) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.

- IEHP DualChoice cubrirá todos los medicamentos considerados “medicamento necesarios” en la Lista de Medicamentos si:
 - su doctor o cualquier otra persona autorizada para expedir recetas, indica que usted los necesita para mejorar o mantenerse saludable,
 - IEHP DualChoice acepta que el medicamento es médicamente necesario para usted, y
 - surte la receta en una farmacia de la red de IEHP DualChoice.
- En algunos casos, debe hacer algo antes de poder obtener un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en www.iehp.org o puede llamar a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de esta página.

B2. ¿La Lista de Medicamentos alguna vez cambia?

Sí, e IEHP DualChoice debe seguir las normas de Medicare y Medi-Cal para realizar cambios. Podemos agregar o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos durante el año.

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

- Decidir si requiere o no la autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es el permiso de IEHP DualChoice antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (llamado límites de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones de terapia escalonada en un medicamento. (La terapia escalonada significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

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

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

- salga al mercado un nuevo medicamento más barato que funcione tan bien como un medicamento de la Lista de Medicamentos actual, ○
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, ○
- se retire un medicamento del mercado.

Las preguntas B3 y B6 a continuación tienen más información sobre lo que sucede cuando cambia la Lista de Medicamentos.

- Siempre puede consultar en línea la Lista de Medicamentos actualizada de IEHP DualChoice en www.iehp.org.
- También puede llamar a Servicios para Miembros a los números que aparecen al pie de esta página para consultar la Lista de Medicamentos actual.

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

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

- **Hay un nuevo medicamento genérico disponible.** A veces, aparece en el mercado un medicamento genérico nuevo que funciona tan bien como un medicamento de marca que hay ahora en la Lista de Medicamentos. Cuando eso sucede, es posible que eliminemos el medicamento de marca y agreguemos el medicamento genérico nuevo, pero el costo del medicamento nuevo seguirá siendo de \$0. Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realizamos una vez que suceda.



Si tiene alguna pregunta, por favor, 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. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration, FDA*) manifiesta que un medicamento que está tomando no es seguro o si el fabricante del medicamento retira un medicamento del mercado, lo eliminaremos de la Lista de Medicamentos. Si está tomando dicho medicamento, usted será informado. Por favor, comuníquese con el doctor que emite la receta después de recibir la carta.

Podríamos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos con anticipación acerca de estos cambios a través de la Lista de Medicamentos. Los cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona una nueva guía o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado **y**
 - Reemplazamos un medicamento de marca actualmente en la Lista de Medicamentos,
 - Se cambian las reglas de cobertura o los límites para el medicamento de marca.

Cuando ocurran estos cambios, haremos lo siguiente:

- Le informaremos con al menos 30 días antes de que hagamos el cambio a la Lista de Medicamentos ○
- Le informaremos y le daremos un suministro para 31 días del medicamento luego de que usted solicite volver a surtir ese medicamento.

Esto le dará tiempo para hablar con su doctor o con otra persona autorizada para emitir recetas. Ellos pueden ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que puede tomar en su lugar ○
- Si solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o alguna acción requerida para obtener ciertos medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o tienen límites en la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted, su doctor u otra persona autorizada para emitir las recetas deben hacer algo antes de que pueda obtener el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización previa:** Para algunos medicamentos, usted, su doctor u otro profesional que receta medicamentos debe obtener la autorización de IEHP DualChoice antes de surtir su receta. La autorización previa es diferente de una referencia. Es posible que IEHP DualChoice no cubra el medicamento si no obtiene una autorización previa.
- **Límites de cantidad:** A veces, IEHP DualChoice limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
- **Terapia escalonada:** En ocasiones, IEHP DualChoice requiere que realice una terapia escalonada. Esto significa que tendrá que probar los medicamentos en un orden determinado para su afección médica. Es posible que deba probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si su doctor cree que el primer medicamento no funciona para usted, cubriremos el segundo.

Puede consultar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando las tablas que comienzan en la página 16. También puede obtener más información visitando nuestro sitio web en www.iehp.org. Hemos publicado en línea algunos documentos que explican nuestra autorización previa y restricciones de terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción a estos límites. Esto le dará tiempo para hablar con su proveedor médico u otra persona autorizada para emitir recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que puede tomar en lugar de solicitar 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 se requieren acciones para obtenerlo?

La tabla de la Lista de Medicamentos por afección médica en la página 16 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 y/o restricciones de terapia escalonada)?

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

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

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

- Puede buscar por orden alfabético, o



Si tiene alguna pregunta, por favor, 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. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

- Puede buscar por afección médica.

Para buscar **alfabéticamente**, busque su medicamento en la sección Índice de Medicamentos Cubiertos. Puede encontrarlo en el índice que comienza en la página 140. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de página en donde puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que se indica en el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

Para buscar **por condición médica**, busque la sección denominada "Lista de Medicamentos por Afección Médica" en la página 14. Los medicamentos en esta sección se agrupan en categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se usan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría Agentes Cardiovasculares. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan afecciones cardíacas.

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 al pie de esta página para consultar al respecto. Si descubre que IEHP DualChoice no cubrirá el medicamento, puede hacer una de estas cosas:

- Solicite a Servicios para Miembros una Lista de Medicamentos como el que

B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de IEHP DualChoice y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de Medicamentos o tengo problemas para obtenerlo?

Podemos ayudarle. Es posible que cubramos un suministro de 31 días de su medicamento durante los primeros 90 días que es miembro de IEHP DualChoice. Esto le dará tiempo para hablar con su doctor u otra persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que puede tomar en su lugar o si solicitar una excepción.

Si su receta es para menos días, permitiremos varios suministros para proporcionar hasta un máximo de 31 días de su medicamento.

Cubriremos un suministro de 31 días de su medicamento si:

- está tomando un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos, **o**
- las reglas de nuestro plan no le permiten obtener la cantidad ordenada por la persona autorizada a dar recetas, **o**
- el medicamento requiere autorización previa de IEHP DualChoice, **o**
- está tomando un medicamento que forma parte de una restricción de terapia escalonada

Si está tomando un medicamento que IEHP DualChoice no considera un medicamento de la Parte D, tiene derecho a obtener un suministro único de 72 horas del medicamento.

Si se encuentra en un centro de cuidados para adultos mayores u otro centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos o si no puede obtener fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudarlo. Si ha estado en el plan por más de 90 días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro de 31 días del medicamento que necesita (a no ser que usted tenga una receta para menos días), ya sea que sea miembro nuevo de IEHP DualChoice o no.
- Esto es además del suministro temporal durante los primeros 90 días que es miembro de IEHP DualChoice.
- Como miembro nuevo de nuestro plan o miembro existente que se vio afectado por un cambio en el formulario de un año al otro, es posible que esté tomando medicamentos que no estén en nuestro formulario. O bien, quizás está tomando medicamentos que están en nuestro formulario, pero que le son difíciles de obtener. Por ejemplo, puede necesitar nuestra aprobación antes de poder obtener el medicamento. De cualquier forma, hable con su doctor, quien puede ayudarlo a decidir cuál es el modo correcto de proceder. Esto podría ser cambiar a un medicamento que cubrimos o buscar una excepción a la Lista de Medicamentos Cubiertos para que cubramos el medicamento. Mientras habla con su doctor para determinar el modo correcto de proceder, es posible que cubramos su medicamento en determinados casos durante los primeros 90 días que es miembro de nuestro plan.
- Para cada uno de sus medicamentos que no están en nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos o que le es difícil obtener, cubriremos un suministro temporal de 31 días (a no ser que usted tenga una receta para menos días) si va a una farmacia de la red. Después de su primer suministro de 31 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.
- Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo, cubriremos el resurtido de su medicamento hasta que le hayamos proporcionado un suministro de transición de 31 días, en función del incremento de dispensación (a no ser que usted tenga una receta para menos días). Cubriremos más de un resurtido de estos medicamentos durante los primeros 90 días de su membresía. Si necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o que le es difícil obtener, pero ya pasaron los primeros 90 días de la membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento (a no ser que usted tenga una receta para menos días) mientras pide una excepción a la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.



Si tiene alguna pregunta, por favor, 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. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento?

Sí. Puede pedir a IEHP DualChoice que haga una excepción para cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos.

También puede pedirnos que cambiemos las reglas de su medicamento.

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

B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?

Para solicitar una excepción, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice. Un representante de Servicios para Miembros trabajará con usted y su proveedor para ayudarlo a solicitar una excepción. También puede leer el Capítulo 9 de la *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas])* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo se tarda en obtener una excepción?

Después de que recibamos una declaración de un profesional que receta medicamentos que respalde su solicitud de excepción, le daremos una decisión dentro de las 72 horas. Para obtener más información o instrucciones sobre cómo y a dónde **pueden enviar** su declaración los miembros de IEHP DualChoice, comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP DualChoice.

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

Si usted o un profesional que receta medicamentos cree que su salud puede verse perjudicada si tiene que esperar 72 horas para recibir una decisión, puede solicitar una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si la persona autorizada a dar recetas respalda su solicitud,

le daremos una decisión dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su doctor.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos se componen de los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos que el medicamento de marca y, con frecuencia, no tienen nombres muy conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*FDA*).

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

B14. ¿Qué son los medicamentos de venta sin receta médica?

OTC son las siglas en inglés para “over-the-counter” (sin receta médica). IEHP DualChoice cubre algunos medicamentos de venta sin receta médica cuando son recetados por su proveedor.

Puede leer la Lista de Medicamentos de IEHP DualChoice para averiguar qué medicamentos de venta sin receta médica están cubiertos.

B15. ¿IEHP DualChoice cubre productos de venta sin receta médica que no son medicamentos?

IEHP DualChoice cubre algunos productos de venta sin receta médica que no son medicamentos cuando son recetados por su proveedor.

Algunos ejemplos de productos de venta sin receta médica que no son medicamentos incluyen almohadillas con alcohol.

Puede leer la Lista de Medicamentos de IEHP DualChoice para averiguar qué productos de venta sin receta médica que no son medicamentos están cubiertos.

B16. ¿Puedo recibir medicamentos recetados en mi casa desde mi farmacia local?

Es posible que su farmacia local pueda enviarle su medicamento recetado a su hogar. Puede llamar a su farmacia para averiguar si ofrecen entrega a domicilio.

B17. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros de IEHP DualChoice tienen un copago de \$0 para medicamentos recetados y productos de venta sin receta médica y productos que no sean medicamentos, siempre que el miembro siga las reglas del plan. Consulte las preguntas B14 y B15 para obtener más información sobre medicamentos de venta sin receta médica y productos que no sean medicamentos.

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



Si tiene alguna pregunta, por favor, 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. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

Nuestro Plan usa una Lista de Medicamentos de nivel único que incluye medicamentos genéricos, de marca y biosimilares.

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

* Debido a que califica para la "Ayuda Adicional", no paga nada por los costos de sus medicamentos recetados siempre que siga nuestras reglas. Si ya no califica para la Ayuda Adicional, los costos de sus medicamentos pueden cambiar.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al pie de esta página.

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

La *Lista de Medicamentos Cubiertos* le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por IEHP DualChoice. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de Medicamentos Cubiertos que comienza en la página 140. El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por IEHP DualChoice.

EDAD: Límite de edad. Para ciertos medicamentos, IEHP DualChoice requiere una Autorización Previa si supera el límite de edad específico.

NDS: Suministro diario no extendido. Este es un medicamento que se proporciona con un suministro de hasta 31 días.

PA: Autorización previa. IEHP DualChoice requiere que usted o su doctor obtengan primero nuestra aprobación antes de surtir un determinado medicamento. Este paso adicional se llama "autorización previa". IEHP DualChoice podría no cubrir el medicamento si usted no obtiene la aprobación.

PA NSO: Autorización previa solo para pacientes que inician el tratamiento. IEHP DualChoice requiere que usted o su doctor obtengan primero nuestra aprobación antes de surtir un determinado medicamento si no lo ha tomado antes. IEHP DualChoice podría no cubrir el medicamento si usted no obtiene la aprobación.

PA B vs D: Autorización previa de Parte B versus D. Este es un medicamento que tiene un requisito "PA" especial. Podría estar cubierto bajo uno o dos programas de beneficios: 1) Parte B de Medicare, y/o 2) Parte D de Medicare. Esto depende de muchos factores. Es posible que su doctor deba proporcionarnos más información sobre el uso y las circunstancias del empleo del medicamento.

QL: Límite de cantidad. Para determinados medicamentos, IEHP DualChoice limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Esto puede ser además de un suministro estándar de uno o tres meses.

ST: Terapia escalonada. En algunos casos, IEHP DualChoice requiere que usted pruebe primero determinados medicamentos para tratar su afección médica. Este es el proceso antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, tanto el Medicamento A como el

Medicamento B podrían tratar su afección médica. Es posible que IEHP DualChoice no cubra el Medicamento B a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces IEHP DualChoice cubrirá el Medicamento B.



Si tiene alguna pregunta, por favor, 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. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

D. Lista de Medicamentos por Afección Médica

Los medicamentos en esta sección se agrupan en categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se usan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría Agentes Cardiovasculares. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan afecciones cardíacas.

Analgésicos.....	16
Anestésico.....	17
Agentes para Combatir el Abuso de Sustancias/Antiadicción.....	17
Agentes Ansiolíticos.....	18
Antibacterianos.....	19
Agentes Contra el Cáncer.....	24
Agentes Anticolinérgicos.....	32
Anticonvulsivos.....	32
Agentes Contra la Demencia.....	37
Antidepresivos.....	37
Agentes para Controlar la Diabetes.....	41
Antimicóticos.....	44
Agentes para el Tratamiento de la Gota.....	46
Antihistamínicos.....	46
Antiinfecciosos (Piel Y Membrana Mucosa).....	46
Agentes para Combatir la Migraña.....	46
Antimicobacterianos.....	47
Agentes Contra las Náuseas.....	47
Agentes Antiparasitarios.....	48
Agentes Antiparkinsonianos.....	48
Agentes Antipsicóticos.....	49
Antivirales (Sistémico).....	53
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores de Volumen.....	57
Agentes Calóricos.....	60
Agentes Cardiovasculares.....	60
Agentes del Sistema Nervioso Central.....	67

Anticonceptivos	68
Agentes Dentales y Orales	71
Agentes Dermatológicos	71
Dispositivos	75
Reemplazo/Modificadores de Enzimas.....	110
Agentes para Ojos, Oídos, Nariz y Garganta.....	111
Agentes Gastrointestinales.....	113
Agentes Genitourinarios	115
Antagonistas de Metales Pesados.....	116
Agentes Hormonales, Estimulantes/de Reemplazo/Modificadores	116
Agentes Inmunológicos	119
Agentes de Enfermedades Inflamatorias del Intestino	127
Soluciones de Irrigación	127
Agentes de Enfermedades Óseas Metabólicas	127
Agentes Terapéuticos Varios.....	128
Agentes Oftálmico	129
Preparaciones de Reemplazo	130
Agentes de las Vías Respiratoria.....	131
Relajantes del Músculo Esquelético	136
Agentes para Trastornos del Sueño	136
Agentes Vasodilatadores.....	136
Vitaminas Y Minerales.....	136

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Analgésicos		
Analgésicos, Varios		
<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)
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (3 por 1 día)
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (1 por 1 día)

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<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 gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3000 por 93 días)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</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
Anestésico		
Anestésico Locales		
<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
Agentes para Combatir el Abuso de Sustancias/Antiadicción		
Agentes para Combatir el Abuso de Sustancias/Antiadicción		



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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, 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 INHALATION CARTRIDGE 10 MG	\$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</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>varenicline oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Agentes Ansiolíticos		
Benzodiazepinas		
<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)
<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

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Antibacterianos		
Aminoglucósidos		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<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 sulfate injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antibacterianos, Varios		
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) (6 ml), 150 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 600 mg/4 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



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

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
Cefalosporinas		
<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)	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 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 12.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
SUPRAX ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
Macrólidos		
<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>erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
<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)	
Varios Antibióticos Betalactámicos		
<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
Penicilinas		
<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

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.

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 1 gm/ 50 ml inj 1 gram/50 ml</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>oxacillin intravenous recon soln 1 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxacillin intravenous recon soln 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
Quinolonas		
<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)	




Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
Sulfonamidas		
<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
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Tetraciclinas		
<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
Agentes Contra el Cáncer		
Agentes Contra el Cáncer		
<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

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
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 (4 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
<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

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
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)

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
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, 560 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)
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)

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
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
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	
LYTGOBI ORAL TABLET 4 MG, 4 MG (4X 4 MG TB), 4 MG (5X 4 MG TB)	\$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

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (6 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)
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)

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (20 por 1 día)
SCSEMBLIX 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
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
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
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; 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)
<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)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 75 MG/DAY (25 MG X 3)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (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
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; 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
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)
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (8 por 1 día)

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 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)
Agentes Anticolinérgicos		
Antimuscarínicos/Antiespasmódicos		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (8 por 1 día)
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos		
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)
<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)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	\$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)	
FELBATOL ORAL SUSPENSION 600 MG/5 ML	\$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)

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
<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)
<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)
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 150 MG, 200 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 12.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
<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)
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (40 por 1 día)
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
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)

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 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)
---	---------------	---------------------------




Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
<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)

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
<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)

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10 por 1 día)
<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)
VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS
<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)
Agentes para Controlar la Diabetes		
Agentes para Controlar la Diabetes, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 por 1 día)
<i>alogliptin oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>alogliptin-metformin oral tablet 12.5-1,000 mg, 12.5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 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)

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
<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), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
<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)
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 NSO
VICTOZA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
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)	
Insulinas		

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.3 por 1 día)
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)
Sulfonilureas		
<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)
Antimicóticos		
Antimicóticos		
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>caspofungin 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
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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




Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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)
Agentes para el Tratamiento de la Gota		
Agentes para el Tratamiento de la Gota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colchicine oral capsule 0.6 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)	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<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)
Antiinfecciosos (Piel Y Membrana Mucosa)		
Antiinfecciosos (Piel Y Membrana Mucosa)		
<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
Agentes para Combatir la Migraña		
Agentes para Combatir la Migraña		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (0.04 por 1 día)

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.

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 4 mg/0.5 ml, 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)
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos		
<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
Agentes Contra las Náuseas		
Agentes Contra las Náuseas		
<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


 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<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 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)
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10 por 30 días)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<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)	
<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	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
Agentes Antiparkinsonianos		
Agentes Antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
APOKYN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>benztropine 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 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 TABLET, DISINTEGRATING 1.25 MG	\$0 (Nivel 1)	


Agentes Antipsicóticos

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

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)
ABILIFY MYCITE 15 MG START KIT	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
ABILIFY MYCITE 20 MG START KIT	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
ABILIFY MYCITE 30 MG START KIT	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
ABILIFY MYCITE 5 MG START KIT	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET WITH SENSOR AND STRIP 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET WITH SENSOR, STRIP, POD 10 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 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)

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
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)	
HALDOL DECANOATE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 50 MG/ML	\$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)

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
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)

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
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)
<i>VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
<i>VRAYLAR ORAL CAPSULE, DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)</i>	\$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
Antivirales (Sistémico)		
Antirretrovirales		
<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)

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
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 (1 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)

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
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)

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
SYM TUZA 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)
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)
Antivirales, Varios		
<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
Antivirales Hcv		
<i>ledipasvir-sofosbuvir oral tablet 90-400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1 por 1 día)

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
Interferones		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (0.15 por 1 día)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (0.08 por 1 día)
Nucleósidos y Nucleótidos		
<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
BARACLUDGE 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>lagevrio (eua) oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<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)	
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores de Volumen		
Anticoagulantes		
<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)

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 2,500 ANTI-XA UNIT/ML, 25,000 ANTI-XA UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 10,000 ANTI-XA UNIT/ML, 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML, 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML, 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML, 2,500 ANTI-XA UNIT/0.2 ML, 5,000 ANTI-XA UNIT/0.2 ML, 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML	\$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
<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)
Modificadores de Formación de Sangre		
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

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROCRIT 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
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
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
Agentes Hematológicos, Varios		
<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)	
Inhibidores de la Agregación Plaquetaria		
<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)

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
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
<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
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<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)

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methyldopa-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)	
Antagonistas del Receptor de Angiotensina II		
<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)
<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)
<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)
Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina		
<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)	




Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
Agentes Antiarrítmicos		
<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)	
<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)	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<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)

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Agentes bloqueantes de los Canales de Calcio		
<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)	
Agentes Cardiovasculares, Varios		

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
<i>digox 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>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
Dihidropiridinas		
<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-hcthiiazid 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)
Diuréticos		
<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)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
Dislipidémicos		
<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)




Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	PA; QL (8 por 1 día)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; 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)	
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM	\$0 (Nivel 1)	QL (8 por 1 día)
Inhibidores del Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>epplerenone 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)
Vasodilatadores		
<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)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nitroglycerin translingual spray,non-aerosol 400 mcg/spray</i>	\$0 (Nivel 1)	
Agentes del Sistema Nervioso Central		
Agentes del Sistema Nervioso Central		
<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)	
<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 PACK 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)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
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
RELYVRIO ORAL POWDER IN PACKET 3-1 GRAM	\$0 (Nivel 1)	
<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
Anticonceptivos		

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Anticonceptivos		
<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>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)	
<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)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<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)	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</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)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<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>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, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
ALCOH-GLOVE TOWELETTE 70 %	\$0 (Nivel 1)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL PREP PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL WIPES TOPICAL PADS, MEDICATED	\$0 (Nivel 1)	
ALCOH-WIPE TOWELETTE 70 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amnestem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BD ALCOHOL SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED	\$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
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	\$0 (Nivel 1)	
<i>claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
CURITY ALCOHOL SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	\$0 (Nivel 1)	
<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
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	\$0 (Nivel 1)	
HYFTOR TOPICAL GEL 0.2 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (12 por 28 días)
ISOPROPYL ALCOHOL TOPICAL SWAB 70 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
IV PREP WIPES TOPICAL PADS, MEDICATED	\$0 (Nivel 1)	
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	PA NSO

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	\$0 (Nivel 1)	
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	\$0 (Nivel 1)	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	\$0 (Nivel 1)	NDS
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	\$0 (Nivel 1)	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	\$0 (Nivel 1)	
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB	\$0 (Nivel 1)	
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	\$0 (Nivel 1)	
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical gel 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 Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
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 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-min oil-wht pet topical ointment 1 %</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
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
TRITOCIN TOPICAL OINTMENT 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	NDS
Retinoides Dermatológicos		
<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
Escabicidas y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Dispositivos		
Dispositivos		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

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

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	\$0 (Nivel 1)	
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE	\$0 (Nivel 1)	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	\$0 (Nivel 1)	
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
CAREONE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT, HRI 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
CLICKFINE 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
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)	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	
CURITY GAUZE PADS 1'S(12 PLY) 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS SYR 1 ML 29GX12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
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)	
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH FLIPIK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
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)	
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)	
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML	\$0 (Nivel 1)	
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30	\$0 (Nivel 1)	
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	\$0 (Nivel 1)	
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	\$0 (Nivel 1)	
EXEL INSULIN SYRINGE 27G-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	\$0 (Nivel 1)	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	\$0 (Nivel 1)	
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	\$0 (Nivel 1)	
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

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

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
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)	
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	\$0 (Nivel 1)	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	\$0 (Nivel 1)	
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
NOVOFINE 30 NEEDLE	\$0 (Nivel 1)	
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	\$0 (Nivel 1)	
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"	\$0 (Nivel 1)	
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PENTIPS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
PENTIPS PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	\$0 (Nivel 1)	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	\$0 (Nivel 1)	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 GAUGE X 7/16"	\$0 (Nivel 1)	
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	\$0 (Nivel 1)	
RELION MINI PEN 31G X 1/4" NDL 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
RELION NEEDLES NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

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

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
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)	
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
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)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

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

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
TERUMO INS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
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)	
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	\$0 (Nivel 1)	
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	\$0 (Nivel 1)	
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	\$0 (Nivel 1)	
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)	
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)	
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)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
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)	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFR T PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE INS 0.3 ML 31GX1/4" 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE INS 0.5 ML 31GX1/4" 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ULTIGUARD SAFE PACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
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)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
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)	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	\$0 (Nivel 1)	
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


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

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS 32GX5/32" 32GX4MM, STRL, NANO 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	\$0 (Nivel 1)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	

Reemplazo/Modificadores de Enzimas

Reemplazo/Modificadores de Enzimas

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
<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)	
Agentes para Ojos, Oídos, Nariz y Garganta		
Agentes para Ojos, Oídos, Nariz y Garganta, Varios		
<i>azelastine nasal aerosol,spray 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 (1 por 1 día)
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Agentes Antiinfecciosos para Ojos, Oídos, Nariz y Garganta		

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<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

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	\$0 (Nivel 1)	NDS
Agentes Antiinflamatorios para Ojos, Oídos, Nariz y Garganta		
<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)	
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiulcerosos y Supresores de Ácido		
<i>cimetidine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
<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)	
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<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)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$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)
Laxantes		
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>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
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM	\$0 (Nivel 1)	
Aglutinantes de Fosfato		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
FOSRENOL ORAL POWDER IN PACKET 1,000 MG, 750 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 2.4 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Genitourinarios		
Antiespasmódicos, Urinarios		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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>tropium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>tropium oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Genitourinarios, Varios		
<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)
<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)	
Antagonistas de Metales Pesados		
Antagonistas de Metales Pesados		
<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; NDS
Agentes Hormonales, Estimulantes/de Reemplazo/Modificadores		
Andrógenos		
<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>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/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

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
Estrógenos Y Antiestrógenos		
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)	
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)	
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<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

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREDNISONE 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
Pituitaria		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	PA
<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
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
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
<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)

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
Progestágenos		
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)	
Agentes Tiroideos y Antitiroideos		
<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)	
<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)	
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
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)

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	\$0 (Nivel 1)	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (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

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
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
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
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
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
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

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 30 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	\$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 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
<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

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA
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)
Vacunas		
ABRYSSO 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
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

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DENGVAXIA (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
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	\$0 (Nivel 1)	NDS
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
IPOLE INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
IXCHIQ INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	\$0 (Nivel 1)	NDS
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5- 120 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
PENTACEL DTAP-IPV COMPNT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 62 DU/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
PREHEVBRIO (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



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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

Agentes de Enfermedades Inflamatorias del Intestino

Agentes de Enfermedades Inflamatorias del Intestino


<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
<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)	

Soluciones de Irrigación

Soluciones de Irrigación

<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
--	---------------	-----


Agentes de Enfermedades Óseas Metabólicas

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes de Enfermedades Óseas Metabólicas		
<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)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</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)
Agentes Terapéuticos Varios		
Agentes Terapéuticos Varios		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bupirone 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

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
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)	
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)
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
Agentes Oftálmico		
Agentes para Tratar el Glaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	\$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)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
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)	
Preparaciones de Reemplazo		
Preparaciones de Reemplazo		
<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

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<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
Agentes de las Vías Respiratoria		
Antiinflamatorios, Corticoides Inhalados		

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
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>breyna 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)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 250 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	QL (0.4 por 1 día)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	QL (0.8 por 1 día)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	QL (0.36 por 1 día)
<i>fluticasone furoate-vilanterol inhalation blister with device 100-25 mcg/dose, 200-25 mcg/dose</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 100 mcg/actuation, 50 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 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)

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.


Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
QVAR REDHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	QL (0.71 por 1 día)
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	QL (1.02 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)
Antileucotrienos		
<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)
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
Broncodilatadores		
<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)

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	QL (0.14 por 1 día)
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 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)	
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)	
Agentes de las Vías Respiratorias, Otros		
<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

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
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 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,SUV	\$0 (Nivel 1)	PA
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	PA

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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, 20 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 1,000 mg, 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>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<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)
<i>zolpidem oral tablet, ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (1 por 1 día)

Agentes Vasodilatadores

Agentes Vasodilatadores

<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)
TADLIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML)	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (10 por 1 día)


Vitaminas Y Minerales

Vitaminas Y Minerales

<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
--	---------------	--

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>fluoride (sodium) oral tablet 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoride (sodium) oral tablet,chewable 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride), 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid), 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)	
<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)	

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<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/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 combo pack 29-1-400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

Encontrará información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 12.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-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.

E. 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.

1	ALCOHOL PREP PADS	72	<i>aprepitant</i>	47
1ST TIER UNIFINE PENTIPS75	ALCOHOL SWABS	72	<i>apri</i>	69
1ST TIER UNIFINE PENTIPS	ALCOHOL WIPES	72	APTIOM	32
PLUS.....	ALCOH-WIPE	72	APTIVUS.....	54
	ALECENSA	24	AQINJECT PEN NEEDLE ...	77
A	<i>alendronate</i>	128	ARCALYST	119
<i>abacavir</i>	<i>alfuzosin</i>	116	AREXVY (PF).....	123
<i>abacavir-lamivudine</i>	<i>aliskiren</i>	66	AREXVY ANTIGEN	
ABELCET.....	<i>allopurinol</i>	46	COMPONENT.....	123
ABILIFY ASIMTUFII.....	<i>alogliptin</i>	41	<i>aripiprazole</i>	50
ABILIFY MAINTENA	<i>alogliptin-metformin</i>	41	<i>armodafinil</i>	136
ABILIFY MYCITE	<i>alosetron</i>	127	ARNUITY ELLIPTA	132
MAINTENANCE KIT.....	ALPHAGAN P.....	129	<i>asenapine maleate</i>	50
ABILIFY MYCITE STARTER	<i>alprazolam</i>	18	<i>aspirin-dipyridamole</i>	59
KIT	ALUNBRIG	24, 25	ASSURE ID DUO PRO SFTY	
<i>abiraterone</i>	<i>alyq</i>	136	PEN NDL.....	77
ABOUTTIME PEN NEEDLE76	<i>amantadine hcl</i>	48, 49	ASSURE ID DUO-SHIELD..	77
ABRYSVO	AMBISOME	44	ASSURE ID INSULIN SAFETY	
<i>acamprosate</i>	<i>ambrisentan</i>	136	.....	77
<i>acarbose</i>	<i>amikacin</i>	19	ASSURE ID PEN NEEDLE..	77
<i>acebutolol</i>	<i>amiloride</i>	64	ASSURE ID PRO PEN NEEDLE	
<i>acetaminophen-codeine</i>	<i>amiodarone</i>	62	.....	77
<i>acetazolamide</i>	<i>amitriptyline</i>	37	ASTAGRAF XL	119
<i>acetic acid</i>	<i>amitriptyline-chlordiazepoxide</i> 38		<i>atazanavir</i>	54
<i>acetylcysteine</i>	<i>amlodipine</i>	64	<i>atenolol</i>	62
<i>acitretin</i>	<i>amlodipine-benazepril</i>	64	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	62
ACTHAR	<i>amlodipine-valsartan-hcthiazyd</i> 64		<i>atomoxetine</i>	67
ACTHIB (PF).....	<i>ammonium lactate</i>	72	<i>atorvastatin</i>	65
ACTIMMUNE.....	<i>amnesteem</i>	72	<i>atovaquone</i>	48
<i>acyclovir</i>	<i>amoxapine</i>	38	<i>atovaquone-proguanil</i>	48
<i>acyclovir sodium</i>	<i>amoxicillin</i>	22	ATROVENT HFA.....	133
ADACEL(TDAP	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> ...	22	AUBAGIO	67
ADOLESN/ADULT)(PF)....	<i>amphotericin b</i>	44	<i>aubra eq</i>	69
<i>adefovir</i>	<i>amphotericin b liposome</i>	44	AUGTYRO	25
ADVAIR HFA	<i>ampicillin</i>	22	AUSTEDO.....	67
ADVOCATE PEN NEEDLE	<i>ampicillin sodium</i>	22	AUVELITY	38
76	<i>ampicillin-sulbactam</i>	22	<i>aviane</i>	69
ADVOCATE SYRINGES	<i>anagrelide</i>	59	AYVAKIT	25
76	<i>anastrozole</i>	25	<i>azathioprine</i>	119
AFINITOR DISPERZ.....	ANORO ELLIPTA.....	133	<i>azelastine</i>	111
24	ANUSOL-HC	74	<i>azithromycin</i>	21
AIMOVIG AUTOINJECTOR46	APOKYN	49	<i>aztreonam</i>	22
46	<i>apomorphine</i>	49		
AKEEGA				
24				
<i>albendazole</i>				
48				
<i>albuterol sulfate</i>				
133				
ALCOH-GLOVE.....				
71				
ALCOHOL PADS				
72				

B		
<i>bacitracin</i>	112	<i>betamethasone valerate</i>
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	112	<i>betamethasone, augmented</i>
<i>baclofen</i>	136	<i>betaxolol</i>
<i>bal-care dha</i>	136	<i>bethanechol chloride</i>
<i>bal-care dha essential</i>	137	<i>bexarotene</i>
<i>balsalazide</i>	127	BEXSERO
BALVERSA	25	<i>bicalutamide</i>
<i>balziva (28)</i>	69	BICILLIN C-R
BARACLUDGE	57	BICILLIN L-A
BASAGLAR KWIKPEN U-100		BIKTARVY
INSULIN	43	<i>bisoprolol fumarate</i>
BCG VACCINE, LIVE (PF)	123	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>
BD ALCOHOL SWABS	72	BOOSTRIX TDAP
BD AUTOSHIELD DUO PEN		BORDERED GAUZE
NEEDLE	77	BOSULIF
BD ECLIPSE LUER-LOK ...	77	BRAFTOVI
BD INSULIN SYRINGE	78	BREO ELLIPTA
BD INSULIN SYRINGE (HALF		<i>breyana</i>
UNIT)	77	BRILINTA
BD INSULIN SYRINGE SLIP		<i>brimonidine</i>
TIP	78	BRIVIACT
BD INSULIN SYRINGE U-50077		<i>bromocriptine</i>
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-		BRONCHITOL
FINE	78	BRUKINSA
BD NANO 2ND GEN PEN		<i>budesonide</i>
NEEDLE	78	<i>budesonide-formoterol</i>
BD SAFETYGLIDE INSULIN		<i>bumetanide</i>
SYRINGE	78	<i>buprenorphine hcl</i>
BD SAFETYGLIDE SYRINGE		<i>buprenorphine-naloxone</i>
78		<i>bupropion hcl</i>
BD ULTRA-FINE MICRO PEN		<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>
NEEDLE	78	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>
BD ULTRA-FINE MINI PEN		<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>
NEEDLE	78	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>
BD ULTRA-FINE NANO PEN		<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>
NEEDLE	79	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>
BD ULTRA-FINE ORIG PEN		<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>
NEEDLE	79	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>
BD ULTRA-FINE SHORT PEN		<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>
NEEDLE	79	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>
BD VEO INSULIN SYR (HALF		<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>
UNIT)	79	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>
BD VEO INSULIN SYRINGE UF		<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>
.....	79	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>
<i>benazepril</i>	61	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	61	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>
<i>benztropine</i>	49	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>
BESREMI	119	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>
<i>betaine</i>	128	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>
<i>betamethasone dipropionate</i> ..	74	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>
		C
		<i>cabergoline</i>
		CABOMETYX
		<i>calcipotriene</i>
		<i>calcitonin (salmon)</i>
		<i>calcitriol</i>
		<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>
		CALQUENCE
		(ACALABRUTINIB MAL) ..
		<i>camila</i>
		<i>candesartan</i>
		CAPLYTA
		CAPRELSA
		<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>
		<i>carbamazepine</i>
		<i>carbidopa-levodopa</i>
		CAREFINE PEN NEEDLE ..
		CARETOUCH ALCOHOL PREP
		PAD
		CARETOUCH INSULIN
		SYRINGE
		CARETOUCH PEN NEEDLE
		79,
		80
		<i>cartia xt</i>
		<i>carvedilol</i>
		<i>caspofungin</i>
		CAYSTON
		<i>cefaclor</i>
		<i>cefadroxil</i>
		<i>cefazolin</i>
		<i>cefdinir</i>
		<i>cefepime</i>
		<i>cefixime</i>
		<i>cefoxitin</i>
		<i>cefpodoxime</i>
		<i>cefpodoxime</i>
		<i>cefprozil</i>
		<i>ceftazidime</i>
		<i>ceftriaxone</i>
		<i>cefuroxime axetil</i>
		<i>cefuroxime sodium</i>
		<i>celecoxib</i>
		CELONTIN
		<i>cephalexin</i>
		<i>cetirizine</i>
		<i>chlordiazepoxide hcl</i>
		<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>
		<i>chlorhexidine gluconate</i>
		<i>chloroquine phosphate</i>
		<i>chlorpromazine</i>
		<i>chlorthalidone</i>
		<i>cholestyramine (with sugar)</i> ..
		<i>cholestyramine light</i>
		<i>ciclopirox</i>
		<i>cilostazol</i>
		CIMDUO
		<i>cimetidine</i>
		CIMZIA
		CIMZIA POWDER FOR
		RECONST
		<i>cinacalcet</i>
		<i>ciprofloxacin hcl</i>
		<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>
		<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>
		<i>citalopram</i>
		<i>claravis</i>
		<i>clarithromycin</i>
		CLENPIQ

CLICKFINE PEN NEEDLE.. 80	CORLANOR 64	<i>dexmethylphenidate</i> 67
<i>clindamycin hcl</i> 19	COSENTYX..... 120	<i>dextroamphetamine sulfate</i> 67
CLINDAMYCIN IN 0.9 % SOD	COSENTYX (2 SYRINGES)120	<i>dextroamphetamine-amphetamine</i>
CHLOR..... 19	COSENTYX PEN (2 PENS)120	..... 67
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> .. 19	COSENTYX UNOREADY PEN	<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i> 130
CLINDAMYCIN IN 5 %	..... 120	<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> 60
DEXTROSE..... 19	COTELLIC..... 25	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> .. 60
<i>clindamycin phosphate</i> 19, 46, 73	CREON 111	<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride</i>
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> 73	<i>cromolyn</i> 111, 114, 135	..... 130
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF	<i>cryselle (28)</i> 69	DIACOMIT..... 33
FREE..... 60	CURAD GAUZE PAD 82	<i>diazepam</i> 18, 33
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT	CURITY ALCOHOL SWABS72	<i>diazepam intensol</i> 18
FREE..... 60	CURITY GAUZE..... 82	<i>diazoxide</i> 128
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL	<i>cyclobenzaprine</i> 136	<i>diclofenac potassium</i> 17
FREE..... 60	<i>cyclophosphamide</i> 25	<i>diclofenac sodium</i> 17, 113
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF	<i>cyclosporine</i> 113, 120	<i>dicloxacillin</i> 23
FREE..... 60	<i>cyclosporine modified</i> 120	<i>dicyclomine</i> 114
CLINISOL SF 15 %..... 60	<i>cyred eq</i> 69	DIFICID..... 21
<i>clobazam</i> 33	CYSTADANE..... 128	<i>digitek</i> 64
<i>clobetasol</i> 74	D	<i>digox</i> 64
<i>clomipramine</i> 38	<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i> 130	<i>digoxin</i> 64
<i>clonazepam</i> 18	<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i> 130	DIGOXIN 64
<i>clonidine</i> 60	<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	<i>dihydroergotamine</i> 47
<i>clonidine hcl</i> 60	..... 130	DILANTIN 33
<i>clopidogrel</i> 59	<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> 130	<i>diltiazem hcl</i> 63
<i>clorazepate dipotassium</i> 18	<i>dabigatran etexilate</i> 57	<i>dilt-xr</i> 63
<i>clotrimazole</i> 44, 45	<i>dalfampridine</i> 67	<i>dimethyl fumarate</i> 67
<i>clotrimazole-betamethasone</i> .. 45	DALIRESP..... 135	<i>diphenoxylate-atropine</i> 114
<i>clozapine</i> 50, 51	<i>danazol</i> 116	<i>disopyramide phosphate</i> 62
<i>c-nate dha</i> 137	<i>dantrolene</i> 136	<i>disulfiram</i> 18
COARTEM..... 48	<i>dapsone</i> 47	<i>divalproex</i> 33
<i>colchicine</i> 46	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC)	<i>dofetilide</i> 62
<i>colesevelam</i> 65	(PF)..... 123	<i>donepezil</i> 37
<i>colestipol</i> 65	<i>daptomycin</i> 19	<i>dorzolamide</i> 129
<i>colistin (colistimethate na)</i> 19	<i>darunavir</i> 54	<i>dorzolamide-timolol</i> 129
COMBIVENT RESPIMAT . 134	DAURISMO..... 25	DOVATO..... 54
COMETRIQ..... 25	<i>deferasirox</i> 116	<i>doxazosin</i> 60
COMFORT EZ INSULIN	DELSTRIGO..... 54	<i>doxepin</i> 38
SYRINGE 80, 81, 82	DENG VAXIA (PF)..... 124	<i>doxy-100</i> 24
COMFORT EZ PEN NEEDLES	DEPO-SUBQ PROVERA 104119	<i>doxycycline hyclate</i> 24
..... 80, 81	DERMACEA..... 82	<i>doxycycline monohydrate</i> 24
COMFORT EZ PRO SAFETY	DERMACEA NON-WOVEN83	DRIZALMA SPRINKLE 38
PEN NDL..... 81	DESCOVY 54	<i>dronabinol</i> 48
COMFORT TOUCH PEN	<i>desipramine</i> 38	DROPLET INSULIN SYR(HALF
NEEDLE..... 82	<i>desmopressin</i> 118	UNIT)..... 83
COMPLERA..... 54	<i>desvenlafaxine</i> 38	DROPLET INSULIN SYRINGE
<i>completenate</i> 137	<i>desvenlafaxine succinate</i> 38	..... 83, 84
<i>compro</i> 48	<i>dexamethasone</i> 117	DROPLET MICRON PEN
<i>constulose</i> 114	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	NEEDLE 84
COPIKTRA..... 25	..... 113	DROPLET PEN NEEDLE 84

DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	72	ELIGARD (3 MONTH)	25	ESBRIET	135
DROPSAFE INSULIN SYRINGE	84	ELIGARD (4 MONTH)	26	<i>escitalopram oxalate</i>	39
DROPSAFE PEN NEEDLE84, 85		ELIGARD (6 MONTH)	26	<i>esomeprazole magnesium</i>	114
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> 69		ELIQUIS	57	<i>estradiol</i>	117
<i>droxidopa</i>	60	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	57	<i>ethacrynic acid</i>	64
DUAVEE	117	ELMIRON.....	128	<i>ethambutol</i>	47
<i>duloxetine</i>	38	<i>eluryng</i>	69	<i>ethosuximide</i>	33
DUPIXENT PEN	120	EMBRACE PEN NEEDLE... 88		<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> .69	
DUPIXENT SYRINGE	120	EMCYT	26	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> 69	
<i>dutasteride</i>	116	EMSAM	38	<i>etravirine</i>	54
E		<i>emtricitabine</i>	54	<i>everolimus (antineoplastic)</i>	26
EASY COMFORT ALCOHOL PAD.....	72	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ..	54	.....	120
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	85, 86	EMTRIVA.....	54	EVOTAZ.....	54
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	85, 86	<i>enalapril maleate</i>	61	EXEL INSULIN	89
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	85	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> 61		<i>exemestane</i>	26
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE	86	ENBREL	120	EXKIVITY	26
EASY GLIDE PEN NEEDLE86		ENBREL MINI	120	<i>ezetimibe</i>	65
EASY TOUCH	87, 88	ENBREL SURECLICK	120	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	65
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	72	ENDARI.....	128	F	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN.....	87	<i>endocet</i>	16	<i>falmina (28)</i>	69
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE	86	ENGERIX-B (PF)	124	<i>famciclovir</i>	57
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR.....	86	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	124	<i>famotidine</i>	114
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE	86, 87, 88	<i>enilloring</i>	69	FANAPT	51
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN.....	87	<i>enoxaparin</i>	57, 58	FARXIGA.....	41
EASY TOUCH PEN NEEDLE87		<i>enpresse</i>	69	<i>febuxostat</i>	46
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE.....	88	<i>entacapone</i>	49	<i>felbamate</i>	33
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN.....	87	<i>entecavir</i>	57	FELBATOL	33
EASY TOUCH UNI-SLIP.....	88	ENTRESTO.....	61	<i>felodipine</i>	64
<i>econazole</i>	45	<i>enulose</i>	114	<i>fenofibrate</i>	65
EDURANT	54	ENVARUSUS XR	120	<i>fenofibrate micronized</i>	65
<i>efavirenz</i>	54	EPIDIOLEX	33	<i>fenofibrate nanocrystallized</i> ...65	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> 54		<i>epinephrine</i>	64	<i>fenofibric acid (choline)</i>	65
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> 54		<i>eplerenone</i>	66	<i>fentanyl</i>	16
<i>electrolyte-148</i>	130	EPRONTIA	33	<i>fentanyl citrate</i>	16
ELIGARD.....	26	EQUETRO	33	FETZIMA	39
		<i>ergoloid</i>	37	<i>finasteride</i>	116
		<i>ergotamine-caffeine</i>	47	<i>fingolimod</i>	67
		ERIVEDGE	26	FINTEPLA.....	33
		ERLEADA	26	<i>finzala</i>	69
		<i>erlotinib</i>	26	FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	26
		<i>errin</i>	69	FIRVANQ.....	19
		<i>ertapenem</i>	22	FLEBOGAMMA DIF.....	120
		<i>ery pads</i>	73	<i>flecainide</i>	62
		ERYTHROCIN	22	FLOVENT DISKUS	132
		<i>erythrocine (as stearate)</i>	21	FLOVENT HFA	132
		<i>erythromycin</i>	22, 112	<i>fluconazole</i>	45
		<i>erythromycin with ethanol</i>	73	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> .45	
		<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i> 73		<i>flucytosine</i>	45

<i>fludrocortisone</i>	117	GENVOYA	54	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC	UC	121
<i>flunisolide</i>	113	GILENYA	67	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-	ADOL HS	121
<i>fluocinolone</i>	74	GILOTRIF.....	26	HUMULIN 70/30 U-100	INSULIN.....	43
<i>fluocinonide</i>	74	<i>glatiramer</i>	67	HUMULIN N NPH U-100	INSULIN.....	43
<i>fluoride (sodium)</i>	137, 138	<i>glatopa</i>	67	HUMULIN R REGULAR U-100	INSULN.....	43
<i>fluoritab</i>	137	GLEOSTINE	26	HUMULIN R U-500 (CONC)	INSULIN.....	43
<i>fluorometholone</i>	113	<i>glimepiride</i>	44	<i>hydralazine</i>	64	
<i>fluorouracil</i>	72	<i>glipizide</i>	44	<i>hydrochlorothiazide</i>	65	
<i>fluoxetine</i>	39	<i>glipizide-metformin</i>	44	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> ..	16	
<i>fluphenazine decanoate</i>	51	<i>glucagon emergency kit (human)</i>	128	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	16	
<i>fluphenazine hcl</i>	51	.....		<i>hydrocortisone</i>	74, 117, 127	
<i>flura-drops</i>	137	<i>glyburide</i>	44	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ...	112	
<i>flurbiprofen sodium</i>	113	<i>glyburide micronized</i>	44	<i>hydrocortisone-min oil-wht per</i>	74	
<i>fluticasone furoate-vilanterol</i>	132	<i>glyburide-metformin</i>	44	<i>hydromorphone</i>	16	
<i>fluticasone propionate</i> 113, 132,	133	<i>glycopyrrolate</i>	114	<i>hydroxychloroquine</i>	48	
<i>fluticasone propion-salmeterol</i>	133	<i>granisetron hcl</i>	48	<i>hydroxyurea</i>	26	
<i>fluvoxamine</i>	39	<i>griseofulvin microsize</i>	45	<i>hydroxyzine hcl</i>	46	
<i>folivane-ob</i>	137	<i>guanfacine</i>	60, 67	<i>hydroxyzine pamoate</i>	129	
<i>fondaparinux</i>	58	H		HYFTOR.....	72	
<i>fosamprenavir</i>	54	<i>hailey 24 fe</i>	69	I		
<i>fosinopril</i>	61	HALDOL DECANOATE	51	<i>ibandronate</i>	128	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	61	<i>haloette</i>	69	IBRANCE	26	
FOSRENOL.....	115	<i>haloperidol</i>	51	<i>ibu</i>	17	
FOTIVDA.....	26	<i>haloperidol decanoate</i>	51	<i>ibuprofen</i>	17	
FRAGMIN	58	<i>haloperidol lactate</i>	51	<i>icatibant</i>	64	
FREESTYLE PRECISION... 89		HAVRIX (PF)	124	ICLUSIG.....	26, 27	
FRUZAQLA	26	HEALTHWISE INSULIN		<i>icosapent ethyl</i>	66	
FULPHILA	58	SYRINGE.....	89, 90	IDHIFA	27	
<i>furosemide</i>	65	HEALTHWISE PEN NEEDLE90		<i>imatinib</i>	27	
FUZEON.....	54	HEALTHY ACCENTS UNIFINE		IMBRUVICA.....	27	
FYCOMPA	33	PENTIP	90	<i>imipenem-cilastatin</i>	22	
G		<i>heparin (porcine)</i>	58	<i>imipramine hcl</i>	39	
<i>gabapentin</i>	33, 34	HEPLISAV-B (PF).....	124	<i>imipramine pamoate</i>	39	
<i>galantamine</i>	37	HIBERIX (PF).....	124	<i>imiquimod</i>	72	
GAMMAGARD LIQUID....	121	HUMALOG MIX 50-50 INSULN		IMOVAX RABIES VACCINE	(PF)	124
GAMUNEX-C	121	U-100.....	43	INCONTROL ALCOHOL PADS	.....	72
GARDASIL 9 (PF)	124	HUMALOG MIX 75-25(U-		INCONTROL PEN NEEDLE90	.....
GAUZE PAD	89	100)INSULN	43	INCRELEX.....	118	
<i>gavilyte-c</i>	115	HUMIRA	121	INCRUSE ELLIPTA	134	
<i>gavilyte-g</i>	115	HUMIRA PEN	121	<i>indapamide</i>	65	
GAVRETO	26	HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS		<i>indomethacin</i>	17	
<i>gefitinib</i>	26	START	121	INFANRIX (DTAP) (PF)	124	
<i>gemfibrozil</i>	66	HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-				
<i>generlac</i>	114	ADOL HS	121			
<i>gengraf</i>	121	HUMIRA(CF)	121			
GENOTROPIN	118	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS				
GENOTROPIN MINIQUICK118		STARTER	121			
<i>gentamicin</i>	19, 73, 112	HUMIRA(CF) PEN.....	121			
<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i> ..	19	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-				
		UC-HS	121			

INGREZZA.....	67	JANUMET	41	<i>larin 1/20 (21)</i>	69
INGREZZA INITIATION PACK	67	JANUMET XR.....	41	<i>latanoprost</i>	129
INLYTA.....	27	JANUVIA.....	41	LATUDA	51
INQOVI	27	JARDIANCE.....	41	<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	56
INREBIC.....	27	<i>jasmiel (28)</i>	69	<i>leena 28</i>	69
<i>insulin lispro</i>	43	JAYPIRCA.....	27	<i>leflunomide</i>	121
<i>insulin lispro protamin-lispro</i>	43	JULUCA.....	55	<i>lenalidomide</i>	28
INSULIN SYR/NDL U100 HALF	90	<i>junel 1.5/30 (21)</i>	69	LENVIMA	28
MARK.....	90	<i>junel 1/20 (21)</i>	69	<i>lessina</i>	69
INSULIN SYRINGE	78	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	69	<i>letrozole</i>	28
INSULIN SYRINGE	78	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	69	<i>leucovorin calcium</i>	129
MICROFINE.....	78	JYNNEOS (PF)	124	LEUKERAN	28
INSULIN SYRINGE	78	K		LEUKINE	58
NEEDLELESS.....	78	KALYDECO	135	<i>leuprolide</i>	28
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100....	78, 79, 89, 90, 91, 97, 101	KERENDIA.....	66	<i>leuprolide (3 month)</i>	28
INSUPEN PEN NEEDLE 91, 92		<i>ketoconazole</i>	45	<i>levabuterol hcl</i>	134
INTELENCE.....	54	<i>ketorolac</i>	113	<i>levabuterol tartrate</i>	134
INTRALIPID	60	KINERET	121	<i>levetiracetam</i>	34
INVEGA HAFYERA	51	KINRIX (PF).....	124	<i>levobunolol</i>	129
INVEGA SUSTENNA	51	KISQALI	27	<i>levocarnitine</i>	129
INVEGA TRINZA.....	51	KISQALI FEMARA CO-PACK27		<i>levocetirizine</i>	46
INVOKAMET	41	KLOR-CON	130	<i>levofloxacin</i>	23
INVOKAMET XR.....	41	<i>klor-con m10</i>	130	<i>levofloxacin in d5w</i>	23
INVOKANA	41	<i>klor-con m15</i>	130	<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i>	70
IPOL.....	124	KORLYM.....	41	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	70
<i>ipratropium bromide</i>	111, 134	KOSELUGO	27	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	70
<i>ipratropium-albuterol</i>	134	<i>kosher prenatal plus iron</i> ...	137	<i>levora-28</i>	70
<i>irbesartan</i>	61	KOURZEQ.....	71	<i>levothyroxine</i>	119
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	61	KRAZATI	27	LEXIVA.....	55
IRESSA.....	27	L		<i>lidocaine</i>	17
ISENTRESS.....	54	<i>labetalol</i>	62	<i>lidocaine hcl</i>	17
ISENTRESS HD.....	54	<i>lacosamide</i>	34	<i>lidocaine viscous</i>	17
ISOLYTE S PH 7.4.....	130	LACRISERT	111	<i>lidocaine-prilocaine</i>	17
ISOLYTE-S	130	<i>lactulose</i>	114	<i>linezolid</i>	20
<i>isoniazid</i>	47	<i>lagevrio (eua)</i>	57	<i>linezolid in dextrose 5%</i>	19
ISOPROPYL ALCOHOL.....	72	LAMICTAL XR STARTER		LINZESS.....	114
<i>isosorbide dinitrate</i>	66	(BLUE).....	34	<i>liothyronine</i>	119
<i>isosorbide mononitrate</i>	66	LAMICTAL XR STARTER		LISCO	92
<i>isotretinoin</i>	72	(GREEN).....	34	<i>lisinopril</i>	61
<i>itraconazole</i>	45	LAMICTAL XR STARTER		<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	62
IV PREP WIPES.....	72	(ORANGE).....	34	LITE TOUCH INSULIN PEN	
<i>ivermectin</i>	48	<i>lamivudine</i>	55	NEEDLES	92
IWILFIN	27	<i>lamivudine-zidovudine</i>	55	LITE TOUCH INSULIN	
IXCHIQ.....	124	<i>lamotrigine</i>	34	SYRINGE	92
IXIARO (PF)	124	<i>lansoprazole</i>	114	<i>lithium carbonate</i>	67, 68
J		LANTUS SOLOSTAR U-100		<i>lithium citrate</i>	68
JAKAFI.....	27	INSULIN	43	LOKELMA	114
<i>jantoven</i>	58	LANTUS U-100 INSULIN ...	43	LONSURF	28
		<i>lapatinib</i>	27	<i>loperamide</i>	114
		<i>larin 1.5/30 (21)</i>	69	<i>lopinavir-ritonavir</i>	55

<i>lorazepam</i>	18	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	<i>modafinil</i>	136
LORBRENA.....	28	(PF).....	<i>molindone</i>	52
<i>loryna (28)</i>	70	<i>meprobamate</i>	<i>mometasone</i>	74
<i>losartan</i>	61	<i>mercaptopurine</i>	MONOJECT INSULIN SAFETY	
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	61	<i>meropenem</i>	SYRING.....	94, 95
<i>lovastatin</i>	66	<i>merzee</i>	MONOJECT INSULIN SYRINGE	
<i>loxapine succinate</i>	52	<i>mesalamine</i> .....	.....	94, 95
<i>lubiprostone</i>	114	MESNEX.....	MONOJECT SYRINGE.....	94
<i>ludent fluoride</i>	137	<i>metformin</i>	MONOJECT ULTRA COMFORT	
LUMAKRAS	28	<i>methazolamide</i>	INSULIN.....	106
LUPRON DEPOT.....	118	<i>methimazole</i>	<i>montelukast</i>	133
LUPRON DEPOT (3 MONTH)28,		<i>methocarbamol</i>	<i>morphine</i>	16
118		<i>methotrexate sodium</i>	MORPHINE.....	16
LUPRON DEPOT (4 MONTH)28		<i>methotrexate sodium (pf)</i>	<i>morphine concentrate</i>	16
LUPRON DEPOT (6 MONTH)28		<i>methoxsalen</i>	MOTPOLY XR.....	34
<i>lurasidone</i>	52	<i>methsuximide</i>	MOVANTIK.....	114
LYBALVI.....	52	<i>methyl-dopa-hydrochlorothiazide</i> 61	<i>moxifloxacin</i>	23, 112
LYNPARZA	28	<i>methylphenidate</i>	<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i> 23	
LYSODREN	28	<i>methylphenidate hcl</i>	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i> 24	
LYTGOBI.....	28	<i>methylprednisolone</i>	MULTAQ	62
M		<i>methyltestosterone</i>	<i>mupirocin</i>	73
MAGELLAN INSULIN SAFETY		<i>metoclopramide hcl</i>	<i>mycophenolate mofetil</i> .	121, 122
SYRNG.....	93	<i>metolazone</i>	<i>mycophenolate sodium</i>	122
MAGELLAN SYRINGE.....	93	<i>metoprolol succinate</i>	<i>mynatal</i>	137
<i>magnesium sulfate</i>	130	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i> 63	<i>mynatal advance</i>	137
<i>malathion</i>	75	<i>metoprolol tartrate</i>	<i>mynatal plus</i>	137
<i>maraviroc</i>	55	<i>metronidazole</i>	<i>mynatal-z</i>	137
<i>marnatal-f</i>	137	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> 20	<i>mynate 90 plus</i>	137
MARPLAN.....	39	<i>metryrosine</i>	MYRBETRIQ.....	116
MATULANE	28	<i>mexiletine</i>	N	
MAXICOMFORT II PEN		<i>micafungin</i>	<i>nabumetone</i>	17
NEEDLE.....	93	<i>miconazole-3</i>	<i>nadolol</i>	63
MAXICOMFORT INSULIN		MICRODOT INSULIN PEN	<i>nafcillin</i>	23
SYRINGE	93	NEEDLE	<i>nafcillin in dextrose iso-osm</i> ..	23
MAXI-COMFORT INSULIN		MICRODOT READYGARD PEN	<i>naloxone</i>	18
SYRINGE	93	NEEDLE	<i>naltrexone</i>	18
MAXI-COMFORT INSULIN		<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	NAMENDA XR.....	37
SYRINGE	93	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	<i>naproxen</i>	17
MAXICOMFORT SAFETY PEN		<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	NARCAN.....	18
NEEDLE.....	93	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	NATACYN	112
<i>meclizine</i>	48	<i>midodrine</i>	<i>nateglinide</i>	42
<i>medroxyprogesterone</i>	119	<i>mifepristone</i>	NAYZILAM	35
<i>mefloquine</i>	48	MIGERGOT	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	70
<i>megestrol</i>	28, 119	MINI ULTRA-THIN II	<i>nefazodone</i>	39
MEKINIST	28	<i>minocycline</i>	<i>neomycin</i>	19
MEKTOVI.....	28	<i>minoxidil</i>	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> 112	
<i>meloxicam</i>	17	<i>mirtazapine</i>	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i> 112	
<i>memantine</i>	37	<i>misoprostol</i>	<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	
MENACTRA (PF).....	124	M-M-R II (PF).....	.....	112
MENQUADFI (PF)	124	<i>m-natal plus</i>		

<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	<i>nyamyc</i>	45	<i>paroxetine hcl</i>	40
..... 112	<i>nystatin</i>	45	PASER	47
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	<i>nystatin-triamcinolone</i>	45	PAXLOVID	56
NERLYNX	<i>nystop</i>	46	<i>pazopanib</i>	29
NEUPRO	O		PEDIARIX (PF)	125
<i>nevirapine</i>	<i>obstetrix dha</i>	137	PEDVAX HIB (PF)	125
<i>newgen</i>	<i>obstetrix dha prenatal duo</i>	137	<i>peg 3350-electrolytes</i>	115
NEXAVAR	<i>o-cal prenatal</i>	138	PEGASYS	57
<i>niacin</i>	<i>octreotide acetate</i>	118	<i>peg-electrolyte soln</i>	115
<i>niacor</i>	ODEFSEY	55	PEMAZYRE	29
NICOTROL	ODOMZO	29	PEN NEEDLE	89, 95, 97
NICOTROL NS	OFEV	135	PEN NEEDLE, DIABETIC	82, 93, 94, 95, 97
<i>nifedipine</i>	<i>ofloxacin</i>	24, 112	PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY	98
<i>nikki (28)</i>	OGSIVEO	29	PENBRAYA (PF)	125
<i>nilutamide</i>	OJJAARA	29	PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF)	125
NINLARO	<i>olanzapine</i>	52	PENBRAYA MENB COMPONENT (PF)	125
<i>nitazoxanide</i>	<i>olanzapine-fluoxetine</i>	40	<i>penicillamine</i>	116
<i>nitrofurantoin</i>	<i>olopatadine</i>	111	<i>penicillin g pot in dextrose</i>	23
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	66	<i>penicillin g potassium</i>	23
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	<i>omeprazole</i>	114	<i>penicillin g sodium</i>	23
<i>nitroglycerin</i>	OMNITROPE	118	<i>penicillin v potassium</i>	23
<i>niva-plus</i>	<i>ondansetron</i>	48	PENTACEL (PF)	125
NIVESTYM	<i>ondansetron hcl</i>	48	PENTACEL DTAP-IPV COMPNT (PF)	125
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	ONUREG	29	<i>pentamidine</i>	48
<i>norethindrone acetate</i>	ORACEA	24	PENTIPS	95, 96
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	ORENCIA	122	<i>pentoxifylline</i>	60
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	ORENCIA CLICKJECT	122	<i>perigard</i>	71
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	ORGOVYX	118	<i>permethrin</i>	75
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	ORKAMBI	135	<i>perphenazine</i>	52
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	ORSERDU	29	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	40
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	<i>oseltamivir</i>	56	PHEBURANE	114
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	OTEZLA	122	<i>phenelzine</i>	40
<i>nortriptyline</i>	OTEZLA STARTER	122	<i>phenobarbital</i>	35
NORVIR	<i>oxacillin</i>	23	<i>phenoxybenzamine</i>	61
NOVOFINE 30	<i>oxacillin in dextrose(iso-osm)</i>	23	<i>phenytoin</i>	35
NOVOFINE 32	<i>oxandrolone</i>	116	<i>phenytoin sodium extended</i>	35
NOVOFINE PLUS	OXBRYTA	59	PIFELTRO	55
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	<i>oxcarbazepine</i>	35	<i>pilocarpine hcl</i>	71, 130
..... 43	OXERVATE	111	<i>pimecrolimus</i>	74
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	OXTELLAR XR	35	<i>pimozide</i>	52
..... 43	<i>oxybutynin chloride</i>	116	<i>pindolol</i>	63
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN	<i>oxycodone</i>	16	<i>pioglitazone</i>	42
..... 44	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	16	<i>pioglitazone-glimepiride</i>	42
NOVOTWIST	OZEMPIC	42	PIP PEN NEEDLE	96
NOXAFIL	P		<i>piperacillin-tazobactam</i>	23
NUBEQA	<i>paliperidone</i>	52		
NUCALA	PANRETIN	72		
NUEDEXTA	<i>pantoprazole</i>	114		
NUPLAZID	<i>paricalcitol</i>	128		
NUTRILIPID	<i>paromomycin</i>	48		

PIQRAY.....	29	<i>prenatal plus</i>	138	PURE COMFORT PEN NEEDLE	97
<i>pirfenidone</i>	135	<i>prenatal plus (calcium carb)</i>	138	.....	97
PLASMA-LYTE 148.....	130	<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	138	PURE COMFORT SAFETY PEN	97
PLASMA-LYTE A.....	130	<i>prenatal-u</i>	138	NEEDLE.....	97
PLEGRIDY.....	68	<i>preplus</i>	138	PURIXAN.....	29
<i>pnv 29-1</i>	138	<i>pretab</i>	138	<i>pyrazinamide</i>	47
<i>pnv-dha + docusate</i>	138	<i>prevalite</i>	66	<i>pyridostigmine bromide</i>	129
<i>pnv-omega</i>	138	PREVENT DROPSAFE PEN		<i>pyrimethamine</i>	48
<i>podofilox</i>	73	NEEDLE.....	96	Q	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	112	PREVYMIS.....	56	QINLOCK.....	29
POMALYST.....	29	PREZCOBIX.....	55	QUADRACEL (PF).....	125
<i>portia 28</i>	70	PREZISTA.....	55	<i>quetiapine</i>	52
<i>posaconazole</i>	46	PRIFTIN.....	47	<i>quinapril</i>	62
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl</i>	131	PRIMAQUINE.....	48	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	62
.....	131	<i>primidone</i>	35	<i>quinidine gluconate</i>	62
<i>potassium chloride</i>	131	PRIORIX (PF).....	125	<i>quinidine sulfate</i>	62
<i>potassium chloride in 5 % dex</i>	131	PRO COMFORT ALCOHOL		<i>quinine sulfate</i>	48
<i>potassium chloride in water</i>	131	PADS.....	73	QVAR REDIHALER.....	133
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl</i>	131	PRO COMFORT INSULIN		R	
.....	131	SYRINGE.....	96	RABAVERT (PF).....	126
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i>	131	PRO COMFORT PEN NEEDLE	96	<i>raloxifene</i>	117
.....	131	.....	96	<i>ramelteon</i>	136
<i>potassium citrate</i>	131	<i>probenecid</i>	46	<i>ramipril</i>	62
<i>pr natal 400</i>	138	<i>prochlorperazine</i>	48	<i>ranolazine</i>	64
<i>pr natal 400 ec</i>	138	<i>prochlorperazine maleate</i>	48	<i>rasagiline</i>	49
<i>pr natal 430</i>	138	PROCRIT.....	59	RAYALDEE.....	128
<i>pr natal 430 ec</i>	138	<i>procto-med hc</i>	74	REBIF (WITH ALBUMIN) ..	68
PRADAXA.....	58	<i>proctosol hc</i>	75	REBIF REBIDOSE.....	68
<i>pramipexole</i>	49	<i>proctozone-hc</i>	75	REBIF TITRATION PACK ..	68
<i>prasugrel</i>	60	PRODIGY INSULIN SYRINGE	96, 97	<i>reclipsen (28)</i>	71
<i>pravastatin</i>	66	.....	96, 97	RECOMBIVAX HB (PF)....	126
<i>praziquantel</i>	48	PROGRAF.....	122	RECTIV.....	129
<i>prazosin</i>	61	PROLASTIN-C.....	135	RELENZA DISKHALER.....	56
<i>prednisolone</i>	117	PROLIA.....	128	RELION NEEDLES.....	97
<i>prednisolone acetate</i>	113	PROMACTA.....	59	RELION PEN NEEDLES.....	98
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	113, 117	<i>promethazine</i>	46, 48	RELYVRIO.....	68
.....	113, 117	<i>promethgan</i>	48	<i>repaglinide</i>	42
<i>prednisone</i>	118	<i>propafenone</i>	62	REPATHA PUSHTRONEX..	66
PREDNISONONE INTENSOL	118	<i>proparacaine</i>	111	REPATHA SURECLICK.....	66
<i>pregabalin</i>	35	<i>propranolol</i>	63	REPATHA SYRINGE.....	66
PREHEVBRIO (PF).....	125	<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	63	RESTASIS.....	113
PREMARIN.....	117	<i>propylthiouracil</i>	119	RESTASIS MULTIDOSE...	113
PREMPRO.....	117	PROQUAD (PF).....	125	RETACRIT.....	59
<i>prenal true</i>	138	PROSOL 20 %.....	60	RETEVMO.....	29
<i>prenaissance</i>	138	<i>protriptiline</i>	40	REVLIMID.....	29
<i>prenaissance plus</i>	138	PROZAC.....	40	REXULTI.....	52
<i>prenatabs fa</i>	138	PULMOZYME.....	111	REYATAZ.....	55
<i>prenatal 19</i>	138	PURE COMFORT ALCOHOL		REZLIDHIA.....	29
<i>prenatal 19 (with docusate)</i>	138	PADS.....	73	REZUROCK.....	122
<i>prenatal low iron</i>	138			RHOPRESSA.....	130

<i>ribavirin</i>	57	<i>sevelamer carbonate</i>	115	<i>sucralfate</i>	114
RIDAURA	122	<i>sevelamer hcl</i>	115	<i>sulfacetamide sodium</i> ... 112, 113	
<i>rifabutin</i>	47	SHINGRIX (PF).....	126	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .. 73	
<i>rifampin</i>	47	SIGNIFOR.....	119	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> . 113	
<i>riluzole</i>	68	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> 136		<i>sulfadiazine</i>	24
<i>rimantadine</i>	56	<i>silver sulfadiazine</i>	73	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> 24	
RINVOQ.....	122	<i>simvastatin</i>	66	<i>sulfasalazine</i>	127
<i>risedronate</i>	128	<i>sirolimus</i>	122	<i>sulindac</i>	17
RISPERDAL CONSTA.....	52	SIRTURO	47	<i>sumatriptan succinate</i>	47
<i>risperidone</i>	52, 53	SKY SAFETY PEN NEEDLE98		<i>sunitinib malate</i>	30
<i>risperidone microspheres</i>	52	SKYRIZI	122	SUNLENCA	56
<i>ritonavir</i>	55	<i>sodium chloride</i>	127	SUPRAX.....	21
<i>rivastigmine</i>	37	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	131	SUPREP BOWEL PREP KIT115	
<i>rivastigmine tartrate</i>	37	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	131	SURE COMFORT ALCOHOL	
<i>rizatriptan</i>	47	<i>sodium chloride 3 % hypertonic</i>		PREP PADS.....	73
<i>r-natal ob</i>	138	.....	131	SURE COMFORT INS. SYR. U-	
<i>roflumilast</i>	135	<i>sodium chloride 5 % hypertonic</i>		100.....	98
<i>ropinirole</i>	49	.....	131	SURE COMFORT INSULIN	
<i>rosuvastatin</i>	66	<i>sodium oxybate</i>	136	SYRINGE	98, 99
ROTARIX.....	126	<i>sodium phenylbutyrate</i>	114	SURE COMFORT PEN NEEDLE	
ROTATEQ VACCINE.....	126	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> 114		.....	99
ROZLYTREK.....	29, 30	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i> 115		SURE COMFORT SAFETY PEN	
RUBRACA	30	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	57	NEEDLE.....	98
<i>rufinamide</i>	35	SOLTAMOX.....	30	SURE-FINE PEN NEEDLES 99	
RUKOBIA	55	SOMAVERT	119	SURE-JECT INSULIN SYRINGE	
RYDAPT.....	30	<i>sorafenib</i>	30	.....	99, 100
S		<i>sotalol</i>	63	SURE-PREP ALCOHOL PREP	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE		<i>sotalol af</i>	63	PADS	73
.....	98	SPIRIVA RESPIMAT.....	134	SUTENT	30
SAFETY PEN NEEDLE	98	SPIRIVA WITH HANDIHALER		SYMBICORT	133
SANDIMMUNE.....	122	.....	134	SYMDEKO.....	135
SANTYL.....	73	<i>spironolactone</i>	65	SYMLINPEN 120.....	42
<i>sapropterin</i>	111	<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i> 65		SYMLINPEN 60.....	42
SAVELLA	68	<i>sprintec (28)</i>	71	SYMPAZAN.....	36
SCSEMBLIX	30	SPRITAM.....	35	SYMTUZA	56
<i>scopolamine base</i>	48	SPRYCEL	30	SYNAREL	119
SECUADO.....	53	<i>sronyx</i>	71	SYNJARDY.....	42
SECURESAFE INSULIN		STEGLATRO.....	42	SYNJARDY XR	42
SYRINGE	98	STEGLUJAN	42	SYNRIBO	30
SECURESAFE PEN NEEDLE98		STELARA	122	SYRINGE WITH NEEDLE,	
SEGLUROMET.....	42	STERILE PADS.....	98	SAFETY	98
<i>select-ob</i>	138	STIOLTO RESPIMAT.....	134	T	
<i>select-ob (folic acid)</i>	138	STIVARGA.....	30	TABLOID	30
<i>selegiline hcl</i>	49	<i>streptomycin</i>	19	TABRECTA	30
<i>selenium sulfide</i>	73	STRIBILD	56	<i>tacrolimus</i>	75, 122
SELZENTRY.....	55	STRIVERDI RESPIMAT ...	134	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i> 136	
<i>se-natal 19 chewable</i>	138	<i>subvenite</i>	35	TADLIQ.....	136
SEREVENT DISKUS.....	134	<i>subvenite starter (blue) kit</i>	35	TAFINLAR.....	30
<i>sertraline</i>	40	<i>subvenite starter (green) kit</i> ..	35	TAGRISSE	30
<i>setlakin</i>	71	<i>subvenite starter (orange) kit</i>	35	TAKHZYRO.....	129

TALTZ AUTOINJECTOR..	123	<i>timolol maleate</i>	63, 130	<i>trivora (28)</i>	71
TALTZ SYRINGE.....	123	TIVICAY	56	<i>tri-vylibra lo</i>	71
TALZENNA	30	TIVICAY PD	56	TRIZIVIR	56
<i>tamoxifen</i>	30	<i>tizanidine</i>	136	<i>trospium</i>	116
<i>tamsulosin</i>	116	TOBI PODHALER	19	TRUE COMFORT ALCOHOL	
TARGRETIN.....	30	<i>tobramycin</i>	113	PADS	73
<i>tarina 24 fe</i>	71	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ..	19	TRUE COMFORT INSULIN	
<i>taron-c dha</i>	138	<i>tobramycin sulfate</i>	19	SYRINGE	102
<i>taron-prex prenatal-dha</i>	138	<i>tolcapone</i>	49	TRUE COMFORT PEN NEEDLE	
TASIGNA	30	<i>tolterodine</i>	116	.....	102, 103
<i>tazarotene</i>	75	TOPCARE CLICKFINE.....	102	TRUE COMFORT PRO	
TAZORAC.....	75	TOPCARE ULTRA COMFORT		ALCOHOL PADS	73
<i>taztia xt</i>	63	.....	102	TRUE COMFORT PRO INS	
TAZVERIK.....	30	<i>topiramate</i>	36	SYRINGE	102, 103
TDVAX.....	126	<i>toremifene</i>	30	TRUE COMFORT SAFETY PEN	
TECHLITE INSULIN SYRINGE		<i>torsemide</i>	65	NEEDLE	102
.....	100	TOUJEO MAX U-300		TRUEPLUS INSULIN	103, 104
TECHLITE INSULN SYR(HALF		SOLOSTAR	44	TRUEPLUS PEN NEEDLE	103
UNIT).....	100	TOUJEO SOLOSTAR U-300		TRULICITY	42
TECHLITE PEN NEEDLE .	101	INSULIN	44	TRUMENBA	126
TEFLARO.....	21	<i>tramadol</i>	16	TRUQAP.....	31
<i>temazepam</i>	18	<i>tranexamic acid</i>	59	TRUSELTIQ.....	31
TENIVAC (PF).....	126	<i>tranylcypromine</i>	40	TUKYSA	31
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	56	TRAVASOL 10 %	60	TURALIO	31
TEPMETKO	30	<i>travoprost</i>	130	<i>turqoz (28)</i>	71
<i>terazosin</i>	116	<i>trazodone</i>	40	TWINRIX (PF)	126
<i>terbinafine hcl</i>	46	TRECTOR	47	TYBOST	129
<i>terbutaline</i>	134	TRELEGY ELLIPTA.....	134	TYMLOS	128
<i>terconazole</i>	46	TRELSTAR.....	31	TYPHIM VI.....	126
<i>teriflunomide</i>	68	<i>tretinoin</i>	75	U	
<i>teriparatide</i>	128	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	31	UBRELVY.....	47
TERUMO INSULIN SYRINGE		<i>triamcinolone acetonide</i> ..	71, 75	UDENYCA	59
.....	101	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	65	UDENYCA AUTOINJECTOR	59
<i>testosterone</i>	116, 117	<i>triazolam</i>	19	UDENYCA ONBODY	59
<i>testosterone cypionate</i>	116	<i>trientine</i>	116	ULTICARE.....	104, 105
<i>testosterone enanthate</i>	116	<i>tri-estarylla</i>	71	ULTICARE INSULIN SYRINGE	
TETANUS,DIPHThERIA TOX		<i>trifluoperazine</i>	53	.....	104
PED(PF).....	126	<i>trifluridine</i>	113	ULTICARE INSULN SYR(HALF	
<i>tetrabenazine</i>	68	<i>trihexyphenidyl</i>	49	UNIT).....	104
<i>tetracycline</i>	24	<i>tri-legest fe</i>	71	ULTICARE PEN NEEDLE.	104
THALOMID	129	<i>tri-lo-estarylla</i>	71	ULTICARE SAFETY PEN	
<i>theophylline</i>	134	<i>tri-lo-sprintec</i>	71	NEEDLE	104
THINPRO INSULIN SYRINGE		<i>trimethoprim</i>	20	ULTIGUARD SAFEPACK-	
.....	101, 102	<i>trimipramine</i>	40	INSULIN SYR.....	105
<i>thioridazine</i>	53	TRINTELLIX.....	40	ULTIGUARD SAFEPACK-PEN	
<i>thiothixene</i>	53	<i>tri-sprintec (28)</i>	71	NEEDLE	105
<i>tiagabine</i>	36	TRITOCIN	75	ULTILET ALCOHOL SWAB	73
TIBSOVO	30	TRIUMEQ.....	56	ULTILET INSULIN SYRINGE	91,
TICOVAC.....	126	TRIUMEQ PD.....	56	105, 106	
<i>tigecycline</i>	24	<i>triveen-duo dha</i>	138	ULTILET PEN NEEDLE	106

ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT).....	89, 98	VAQTA (PF).....	126, 127	W	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE	85, 89, 106	<i>varenicline</i>	18	<i>warfarin</i>	58
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT).....	106	VARIVAX (PF)	127	WEBCOL.....	73
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE	106, 107	VARIZIG.....	123	WELIREG.....	31
ULTRA FLO PEN NEEDLE	106	VASCEPA.....	66	<i>wixela inhub</i>	133
ULTRA THIN PEN NEEDLE	107	VEMLIDY	56	X	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE	107	VENCLEXTA	31	XALKORI.....	31, 32
ULTRACARE PEN NEEDLE	107, 108	VENCLEXTA STARTING PACK	31	XARELTO	58
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR.....	108	<i>venlafaxine</i>	40, 41	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	58
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL	108	<i>venlafaxine besylate</i>	40	XATMEP.....	32
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES.....	108	VENTOLIN HFA.....	134	XCOPRI.....	37
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE	108	<i>verapamil</i>	63	XCOPRI MAINTENANCE PACK	36
UNIFINE PEN NEEDLE ...	108	VERIFINE INSULIN SYRINGE	110	XCOPRI TITRATION PACK	37
UNIFINE PENTIPS.....	95, 108	VERIFINE PEN NEEDLE..	110	XELJANZ	123
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	108	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	110	XELJANZ XR	123
UNIFINE PENTIPS PLUS ..	109	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE- SHARP	110	XERMELO	115
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW	109	VERQUVO	64	XGEVA.....	128
UNIFINE PROTECT.....	109	VERSACLOZ	53	XIFAXAN.....	20
UNIFINE SAFECONTROL	109	VERSALON.....	110	XIGDUO XR	42
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	109	VERZENIO	31	XIIDRA.....	113
<i>ursodiol</i>	115	VIBERZI	115	XOLAIR	135, 136
UZEDY	53	VICTOZA	42	XOSPATA	32
V		<i>vigabatrin</i>	36	XPOVIO	32
<i>valacyclovir</i>	57	<i>vigadrone</i>	36	XTANDI	32
VALCHLOR.....	73	<i>vigpoder</i>	36	XYREM	136
<i>valganciclovir</i>	57	VIIBRYD	41	Y	
<i>valproic acid</i>	36	<i>vilazodone</i>	41	YF-VAX (PF)	127
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	36	VIMPAT.....	36	YONSA.....	32
<i>valsartan</i>	61	<i>vinate care</i>	139	Z	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	61	VIRACEPT	56	<i>zafirlukast</i>	133
VALTOCO	36	VIREAD	56	<i>zaleplon</i>	136
<i>vancomycin</i>	20	<i>virt-c dha</i>	139	ZARXIO	59
VANFLYTA	31	<i>virt-nate dha</i>	139	<i>zatean-pn dha</i>	139
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE	110	<i>virt-pn dha</i>	139	<i>zatean-pn plus</i>	139
VANISHPOINT SYRINGE	109, 110	<i>virt-pn plus</i>	139	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR	129
		<i>vitafol gummies</i>	139	ZEGALOGUE SYRINGE ..	129
		<i>vitafol nano</i>	139	ZEJULA.....	32
		<i>vitafol-ob+dha</i>	139	ZELAPAR.....	49
		VITRAKVI.....	31	ZELBORAF.....	32
		VIZIMPRO.....	31	ZEMAIRA	136
		VONJO	31	<i>zenatane</i>	73
		<i>voriconazole</i>	46	ZENPEP	111
		VOTRIENT	31	ZEPATIER.....	57
		<i>vp-ch-pnv</i>	139	<i>zidovudine</i>	56
		<i>vp-pnv-dha</i>	139	ZIEXTENZO	59
		VRAYLAR.....	53	<i>zingiber</i>	139
				<i>ziprasidone hcl</i>	53

<i>ziprasidone mesylate</i>	53	ZONISADE	37	ZURZUVAE	41
ZIRGAN	113	<i>zonisamide</i>	37	ZYDELIG	32
ZOLINZA	32	<i>zovia 1-35 (28)</i>	71	ZYKADIA	32
<i>zolpidem</i>	136	ZTALMY	37	ZYPREXA RELPREVV	53



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



SITIO WEB: 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.

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 04/18/2024.