

Abril
2026

LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

para *Miembros*
IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

IE  **HP**
DualChoice

Para obtener información actualizada o si tiene preguntas, comuníquese con nosotros al **1-877-273-IEHP (4347)**, los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347, de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. O visite www.iehp.org.

POR FAVOR, LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN

Esta lista de medicamentos cubiertos se actualizó el 03/24/2026. ID de la Lista de Medicamentos Cubiertos 00026319 Versión #12

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) | Lista de Medicamentos Cubiertos 2026

Introducción

Este documento se llama *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también conocida como *Lista de Medicamentos*). Le indica qué medicamentos y artículos que no son medicamentos están cubiertos por IEHP DualChoice, un Plan Medicare-Medi-Cal. La *Lista de Medicamentos* también le indica si un medicamento cubierto por IEHP DualChoice tiene reglas o restricciones especiales. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para Miembros*.

Índice

| | |
|---|----|
| A. Descargos de responsabilidad | 3 |
| B. Preguntas Frecuentes (<i>Frequently Asked Questions, FAQ</i>) | 10 |
| B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> ? (También le decimos “ <i>Lista de Medicamentos</i> ” para abreviar.)..... | 10 |
| B2. ¿Puede haber cambios en la <i>Lista de Medicamentos</i> ? | 10 |
| B3. ¿Qué sucede cuando hay cambios en la <i>Lista de Medicamentos</i> ? | 11 |
| B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o algún trámite que deba realizarse para obtener determinados medicamentos?..... | 13 |
| B5. ¿Cómo sé si el medicamento que quiero tiene límites o si debo hacer algo para obtener el medicamento? | 14 |
| 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)? | 14 |
| B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i> ?..... | 14 |
| B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>Lista de Medicamentos</i> ? . | 14 |
| B9. ¿Qué pasa si soy un nuevo miembro de IEHP DualChoice y no puedo encontrar mi medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i> o tengo problemas para obtener mi medicamento? | 15 |
| B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento? | 16 |



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

| | |
|---|-----|
| B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?..... | 17 |
| B12. ¿Cuánto tiempo tarda obtener una excepción? | 17 |
| B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?..... | 17 |
| B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación tienen con los biosimilares? | 18 |
| B15. ¿Cubre IEHP DualChoice los productos de venta libre (OTC) que no son medicamentos? | 18 |
| B16. ¿Cubre IEHP DualChoice los suministros a largo plazo de medicamentos recetados? . | 18 |
| B17. ¿Puede mi farmacia local enviarme los medicamentos recetados a mi casa?..... | 19 |
| B18. ¿Cuál es mi copago? | 19 |
| C. Resumen de la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> | 19 |
| C1. Lista de Medicamentos por Afección Médica | 20 |
| D. Índice de medicamentos cubiertos | 168 |



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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

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 que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.
- ❖ Siempre puede verificar la *Lista de Medicamentos Cubiertos* actualizada de IEHP DualChoice en línea, en www.iehp.org, o llamando al 1-877-273-IEHP (4347). La llamada es gratuita.
- ❖ Usted puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como impresión con letra grande, Braille o audio. Puede llamar a los números de teléfono que aparecen al final de este documento. Esta llamada es gratuita.
- ❖ *Este documento está disponible de forma gratuita en español, chino y vietnamita.*

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia con el idioma, ayuda y servicios auxiliares

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347 or 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

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



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

Հայերեն (Armenian)

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

中文 (Chinese)

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

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

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



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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

हिंदी (Hindi)

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

Lus Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Puav leej muaj cov khoom pab thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

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

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。



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

한국어 (Korean)

유의 사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다.

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

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

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ:

ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມ. ໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ

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

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

CAU FIM JANGX LONGX OC: Beiv hngangv meih qiex zuqc longc mienh tengx faan benx meih haih gorngv haaix fingx waac wuov, mborqv finx lorz taux 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Mv daan mbuoqc naaiv oc ninh mbuo corc haih tengx da'nyeic deix gong bun taux waaic fangx nyei mienh beiv taux zoux benx nzangc-pokc bun hluo aengx caux zoux benx domh zeiv bun longc. Daaix luic mborqv finx lorz taux 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv ndortv nyaanh cingv oc.



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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

ខ្មែរ (Cambodian)

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

(Farsi) فارسی

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

Русский (Russian)

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



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

Español (Spanish)

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

Tagalog (Filipino)

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Libre ang mga serbisyonang ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้



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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

Українська (Ukrainian)

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

Tiếng Việt (Vietnamese)

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

- ❖ Si desea hacer una solicitud permanente para recibir materiales en español o en un formato alternativo, o si desea hacer cambios a una solicitud permanente, 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 en el futuro para la correspondencia y comunicaciones, de modo que usted no necesite hacer una nueva solicitud cada vez.
- ❖ Cuando se presenta una solicitud permanente para recibir los materiales en otro idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo, a partir de ese momento toda la correspondencia y todas las comunicaciones se recibirán en ese formato, a menos que el Miembro solicite hacer un cambio.
- ❖ Si desea solicitar un cambio, puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), disponible los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. También puede acceder al Portal para Miembros para modificar una solicitud permanente.



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

B. Preguntas Frecuentes (*Frequently Asked Questions, FAQ*)

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

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

Los medicamentos en la *Lista de Medicamentos* que comienza en la **Sección C** son los medicamentos cubiertos por IEHP DualChoice (HMO D-SNP). Los medicamentos están disponibles en las farmacias de nuestra red. Una farmacia forma parte de nuestra red si tenemos un acuerdo con dicha farmacia para que trabaje con nosotros y le preste servicios. Nos referimos a estas farmacias como “farmacia de la red”.

Otros medicamentos, como algunas vitaminas y algunos medicamentos de venta libre (*Over-the-counter, OTC*), pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Para más información, visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). También puede llamar al Centro de Servicios al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (*Beneficiary Identification Card, BIC*) de Medi-Cal cuando vaya a buscar sus medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

- IEHP DualChoice cubrirá todos los medicamentos médicamente necesarios que aparecen en la *Lista de Medicamentos* siempre y cuando:
 - su médico u otro profesional que le recete el medicamento indique que usted lo necesita para estar mejor o mantenerse saludable,
 - IEHP DualChoice acepte que el medicamento es médicamente necesario para usted, **y**
 - usted obtenga el medicamento recetado en una farmacia de la red de IEHP DualChoice.
- En algunos casos, debe hacer algo antes de poder obtener un medicamento. Para más información, consulte la pregunta B4.

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 este documento.

B2. ¿Puede haber cambios en la *Lista de Medicamentos*?

Sí; y en caso de hacer algún cambio, IEHP DualChoice debe seguir las reglas de Medicare y Medi-Cal. A lo largo del año, podemos agregar o eliminar medicamentos en la *Lista de Medicamentos*.



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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

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

- Decidir si se necesita o no una autorización previa para un medicamento (La autorización previa es un permiso que emite IEHP DualChoice antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Incrementar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede recibir (esto se llama límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento. (Terapia escalonada significa que debe probar primero un medicamento antes de que cubramos otro diferente).

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, por lo general 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 el que está ahora en la *Lista de Medicamentos*, o
- se revele que un medicamento no es seguro, o
- se retire un medicamento del mercado.

En las preguntas B3 y B6 a continuación encontrará más información sobre lo que sucede cuando hay cambios en la *Lista de Medicamentos*.

- Siempre puede consultar la *Lista de Medicamentos* actualizada de IEHP DualChoice en línea en www.iehp.org. Las actualizaciones de la *Lista de Medicamentos* se publican en el sitio web mensualmente.
- También puede llamar a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de este documento para consultar la *Lista de Medicamentos* actualizada.

B3. ¿Qué sucede cuando hay cambios en la *Lista de Medicamentos*?

Algunos cambios en la *Lista de Medicamentos* se implementarán **de inmediato**. Por ejemplo:

- **Sustituciones por determinadas versiones nuevas de medicamentos.** Es posible que retiremos inmediatamente los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* si los reemplazamos por nuevas versiones de ese medicamento, pero su costo para el nuevo medicamento seguirá siendo el mismo o inferior. Cuando agregamos una versión nueva de un medicamento, podemos mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus reglas de cobertura o sus límites.



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

- Es posible que no le informemos del cambio antes de hacerlo, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez que se haya producido.
- Podemos hacer estos cambios solamente si el medicamento que estamos añadiendo:
 - es una nueva versión genérica de un medicamento de marca registrada, o
 - es una nueva versión biosimilar de productos biológicos originales incluidos en la *Lista de Medicamentos* (por ejemplo, añadir un biosimilar intercambiable que pueda sustituir a un producto biológico original sin necesidad de una nueva receta).
 - En ocasiones, estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para más información, consulte la **Sección B14**.
- Usted o su proveedor puede pedir una “excepción” a estos cambios. Le mandaremos un aviso con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado.** En ocasiones, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otros motivos. Si esto sucede, podemos eliminarlo de inmediato de la *Lista de Medicamentos*. Si está tomando ese medicamento, le enviaremos un aviso después de hacer el cambio. Comuníquese con su médico cuando reciba la carta.

Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que usted toma. Le informaremos por adelantado sobre estos otros cambios en la *Lista de Medicamentos*. Estos cambios podrían ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas directrices o hay nuevas guías clínicas sobre el medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca registrada de la *Lista de Medicamentos* cuando añadimos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, o
- Retiramos un producto biológico original cuando añadimos un biosimilar, o
- Cambiamos las reglas de cobertura o los límites de un medicamento de marca.

Cuando estos cambios ocurran, nosotros:

- le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio en la *Lista de Medicamentos* ○



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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

- le informaremos y le daremos un suministro para 31 días del medicamento, luego de que usted solicite un nuevo surtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que le recete el medicamento. Ellos pueden ayudarle a decidir:

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

B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o algún trámite que deba realizarse para obtener determinados medicamentos?

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

- **Autorización previa:** Usted o su médico deben obtener la aprobación de IEHP DualChoice para algunos medicamentos, antes de que pueda obtener su medicamento recetado. La autorización previa es diferente de una referencia. Es posible que IEHP DualChoice no cubra el medicamento si usted no recibe la aprobación previa.
- **Límites de cantidad:** A veces, IEHP DualChoice limita la cantidad que puede obtener de un medicamento.
- **Terapia escalonada:** A veces, IEHP DualChoice requiere que usted haga terapia escalonada. Esto significa que tendrá que probar diferentes medicamentos en un orden determinado para su afección médica. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si el profesional que le receta el medicamento considera que el primer medicamento no es eficaz para usted, cubriremos el segundo.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte las tablas de la **Sección C1**. También puede obtener más información si visita nuestro sitio web en www.iehp.org. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y 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 médico u otro profesional que le recete el medicamento. Ellos pueden ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que puede tomar en su lugar o si debe pedir una excepción. Consulte las preguntas B10-B12 para más información sobre las excepciones.



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

B5. ¿Cómo sé si el medicamento que quiero tiene límites o si debo hacer algo para obtener el medicamento?

La tabla en la sección titulada “Lista de Medicamentos por Afección Médica” tiene una columna titulada “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 añadimos o modificamos la autorización previa, los límites de cantidad y/o las restricciones de terapia escalonada de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso previo y las situaciones en las que es posible que no podamos informarle con anticipación sobre los cambios en nuestras reglas relativas a los medicamentos incluidos en la *Lista de Medicamentos*.

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

Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

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

Para buscar por orden **alfabético**, busque su medicamento en la sección Índice de Medicamentos Cubiertos. Puede buscarlo en el índice que comienza en la página 168. Revise el índice y busque su medicamento. Al lado del medicamento, verá el número de página donde puede encontrar la información sobre la cobertura. Vaya a la página indicada en el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

Para buscar **por afección médica**, consulte la **Sección C1** con la etiqueta “Lista de Medicamentos por Afección Médica”. Los medicamentos de esta sección se agrupan en categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se utilizan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría de Agentes Cardiovasculares. Allí encontrará los medicamentos que tratan las afecciones del corazón.

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

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

- Pida a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares el que necesita. Luego, muestre la lista a su médico o al profesional que le recetó el medicamento.



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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

Pueden recetarle un medicamento de la *Lista de Medicamentos* que sea como el que usted necesita tomar. **O**

- Pida a IEHP DualChoice que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas B10-B12 para más información sobre las excepciones.

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

Podemos ayudarle. Es posible que podamos cubrir un suministro temporal para 31 días de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía con IEHP DualChoice. Esto le dará tiempo para hablar con su médico o el profesional que le receta el medicamento. Ellos pueden ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que puede tomar en su lugar o si debe pedir una excepción.

Si su receta es para menos días, le permitiremos varias reposiciones hasta un máximo de 31 días de medicación.

Cubriremos un suministro para 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 indicada por el profesional que se lo recetó, **O**
- el medicamento requiere autorización previa de IEHP DualChoice, **O**
- está tomando un medicamento que forma parte de la restricción de terapia escalonada.

Si está tomando un medicamento que IEHP DualChoice no considera un medicamento de la Parte D y que no está en la *Lista de Medicamentos*, y tiene un problema para obtener dicho medicamento, es posible que esté cubierto a través de Medi-Cal Rx. Si un medicamento excluido de la Parte D requiere una excepción y usted tiene una emergencia, Medi-Cal Rx le proporcionará un suministro del medicamento para un mínimo de 72 horas. Para más información, visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). También puede llamar al Centro de Servicios al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su BIC de Medi-Cal cuando adquiera sus medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

Si está en un centro de enfermería u otro centro de atención 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 ayudarle. Si usted ha estado en el plan durante más de 90 días, vive en un centro médico de atención a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente:



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

- Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que usted necesita (a menos que tenga una receta para menos días), sea o no un nuevo miembro de IEHP DualChoice.
- Esto es aparte del suministro temporal durante los primeros 90 días de su membresía en IEHP DualChoice.
- Como nuevo miembro de nuestro plan o miembro antiguo afectado por un cambio en el formulario de un año a otro, es posible que esté tomando medicamentos que no figuran en nuestro formulario. O bien, es posible que esté tomando medicamentos que figuran en nuestro formulario y que le resultan difíciles de conseguir. Por ejemplo, es posible que necesite nuestra aprobación antes de poder obtener su medicamento. En cualquier caso, consulte a su médico. Él o ella puede ayudarle a elegir el camino a seguir. Esto podría implicar cambiar a un medicamento que sí cubrimos o solicitar una excepción a la lista de medicamentos para que cubramos el medicamento. Mientras usted analiza con su médico cuál es el curso de acción adecuado para usted, podemos cubrir su medicamento en determinados casos durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.
- Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestra lista de medicamentos cubiertos o que le resulte difícil obtener, cubriremos un suministro temporal para 31 días (a menos que usted tenga una receta para menos días) cuando vaya a una farmacia de la red. Después de su primer suministro para 31 días, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si usted ha sido miembro del plan menos de 90 días.
- Si usted reside en un centro médico de atención a largo plazo, cubriremos su resurtido de la receta hasta que le hayamos proporcionado un suministro de transición para 31 días, acorde con el incremento de despacho, (a menos 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 nuestra lista de medicamentos cubiertos o le resulta difícil obtenerlo, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días (a menos que tenga una receta para menos días) mientras usted solicita una excepción a la lista de medicamentos cubiertos.

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 para cubrir una mayor cantidad.



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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

- Otros ejemplos: Puede pedirnos que bajemos las restricciones de terapia escalonada o los requisitos de autorización previa.

B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?

Para pedir una excepción, llame a Servicios para Miembros. Un representante de Servicios para Miembros trabajará con usted y el profesional que le recetó el medicamento para ayudarle a solicitar una excepción. También puede leer el **Capítulo 9 Sección G1** del *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo tarda obtener una excepción?

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

| | |
|--------------------|--|
| LLAME A | 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. |
| TTY | 1-800-718-4347. La 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 el profesional que le receta el medicamento consideran que su salud puede verse afectada si usted tiene que esperar 72 horas por una decisión, puede solicitar una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si el profesional que le receta los medicamentos respalda su solicitud, le daremos una decisión en un plazo de 24 horas de haber recibido la declaración de respaldo de dicho profesional.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos contienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca registrada. Por lo general, cuestan menos que el medicamento de marca registrada y generalmente funcionan igual de bien. Normalmente, no tienen nombres bien conocidos. Los



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

medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration, FDA*). Hay medicamentos genéricos disponibles de muchos medicamentos de marca registrada. Los medicamentos genéricos por lo general pueden sustituir a los medicamentos de marca registrada en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

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

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

Cuando se hace referencia a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas que se denominan biosimilares. En general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca registrada.

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

B15. ¿Cubre IEHP DualChoice los productos de venta libre (OTC) que no son medicamentos?

IEHP DualChoice cubre algunos productos OTC que no son medicamentos cuando su proveedor los receta.

Un ejemplo de producto OTC que no es un medicamento son las almohadillas de alcohol.

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

B16. ¿Cubre IEHP DualChoice los suministros a largo plazo de medicamentos recetados?

- **Programas de Pedidos por Correo.** Ofrecemos un programa de entrega por correo que le permite recibir directamente en su domicilio un suministro para hasta 100 días de sus medicamentos recetados. El suministro para 100 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.



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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

- **Programas de Farmacia de 100 Días.** Algunas farmacias también pueden ofrecer un suministro para hasta 100 días de medicamentos cubiertos. El suministro para 100 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.

B17. ¿Puede mi farmacia local enviarme los medicamentos recetados a mi casa?

Es posible que su farmacia local pueda enviarle sus medicamentos recetados a su casa. Puede llamar a su farmacia para averiguar si ofrecen servicios de entrega a domicilio.

B18. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros de IEHP DualChoice tienen copagos por los medicamentos con receta y productos que no sean medicamentos si el miembro sigue las reglas del plan. Consulte la pregunta B15 para obtener más información sobre los productos que no sean medicamentos.

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

- Los medicamentos en el Nivel 1 son medicamentos genéricos preferidos. Usted paga \$0.00 por los medicamentos en este nivel.
- Los medicamentos en los niveles del 2 a 5 pueden ser medicamentos genéricos o de marca. El copago es de \$0.00 a \$5.10 por medicamentos genéricos y de \$0.00 a \$12.65 por medicamentos de marca. El copago varía según la cantidad de “Ayuda Adicional” que reciba.
- Los medicamentos en el Nivel 6 son medicamentos seleccionados. Se trata de medicamentos de mantenimiento que son necesarios para tratar enfermedades crónicas (como la diabetes). Usted paga \$0.00 por los medicamentos en este nivel.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de este documento.

C. Resumen 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, vaya al Índice de Medicamentos Cubiertos que comienza en la **Sección D**. El índice organiza alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por IEHP DualChoice.

Otros medicamentos, como algunas vitaminas y algunos medicamentos de venta libre (OTC), pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Para más información, visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). También puede llamar al Centro de Servicios al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando vaya a buscar sus medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.



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

Apelaciones conforme a la Parte D

- Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la cambiemos si cree que cometimos un error.
- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted quiere no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Medi-Cal.
- Si usted o el profesional que le receta los medicamentos no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de este documento.
- También puede leer el **Capítulo 9** del *Manual para Miembros* para saber cómo apelar una decisión.
- Los medicamentos no incluidos en la Parte D tienen diferentes reglas para las apelaciones.

C1. Lista de Medicamentos por Afección Médica

Los medicamentos de esta sección se agrupan en categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se utilizan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría Agentes Cardiovasculares. Allí encontrará los medicamentos que tratan las afecciones del corazón.

A continuación se indican los significados de los códigos utilizados en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”:

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

LA: Acceso Limitado. Este medicamento solo está disponible en determinadas farmacias.

NDS: Suministro para días no extendidos. Este es un medicamento que se dispensa para un suministro de hasta 31 días.

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



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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

PA BvD: Autorización Previa de la Parte B versus la parte D. Este es un medicamento que tiene un requisito especial de “PA”. Puede estar cubierto por 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 médico necesite proporcionarnos más detalles sobre el uso y la administración del medicamento.

PA-HRM: Autorización previa: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) consideran que este medicamento es potencialmente perjudicial y, por lo tanto, constituye un medicamento de alto riesgo para los beneficiarios de Medicare mayores de 65 años. Sin autorización previa, es posible que este medicamento no esté cubierto.

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

ST: Terapia escalonada. En algunos casos, IEHP DualChoice requiere que usted pruebe primero determinados medicamentos para tratar su condición médica. Este es el proceso que debe seguir antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, el Medicamento A o el Medicamento B pueden tratar su afección médica. IEHP DualChoice podría no cubrir el Medicamento B a menos que usted primero pruebe el Medicamento A. Si el Medicamento A no le funciona, IEHP DualChoice cubrirá el Medicamento B.

La primera columna de la tabla enumera el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos aparecen en cursiva minúscula (por ejemplo, *atorvastatin oral tablet 10 mg*), los medicamentos de marca registrada se escriben en mayúsculas (por ejemplo, ABRYSSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML). La información en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso” le indica si IEHP DualChoice tiene alguna regla para cubrir su medicamento.

Abreviaturas de formas farmacéuticas, 2026

| Abreviatura de forma farmacéutica | Definición |
|-----------------------------------|----------------------|
| hr o h | hora |
| act | activado |
| admix | mezcla |
| aero | aerosol |
| admin | administración |
| ampul | ampolleta |
| app | aplicador |
| appl | aplicador |
| auto | automático |
| cap | cápsula |
| chew | masticable |
| CT | cantidad de unidades |



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

| Abreviatura de forma farmacéutica | Definición |
|-----------------------------------|---|
| comb | combinación |
| del | retardado |
| disinteg | desintegración |
| disintegrat | desintegración |
| dose | dosis |
| DR | liberación retardada |
| EC | revestimiento entérico |
| emolnt | emoliente |
| ENFit | conector de alimentación enteral |
| er | liberación prolongada |
| ER | liberación prolongada |
| ext | extendida |
| extnd | extendida |
| extend | extendida |
| gast | gástrico |
| HFA | hidrofluoroalcano |
| hi | alto |
| IR | liberación inmediata |
| liqd | líquido |
| loz | pastilla que se disuelve en la boca |
| lo | bajo |
| lozeng | pastilla que se disuelve en la boca |
| mini lozenge | pastilla pequeña que se disuelve en la boca |
| misc | varios |
| MP | bomba dosificada |
| muco | mucoso |
| pak | paquete |
| pack | paquete |
| PCA | Administración Controlada por el Paciente |
| pell | granulado |
| pk | paquete |
| Powdr | polvo |
| pt | paciente |
| recon | reconstituido |
| rel | liberación |
| releas | liberación |
| soln | solución |
| sprink | espolvorear |



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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Abreviatura de forma farmacéutica | Definición |
|-----------------------------------|------------------|
| sprinkl | espolvorear |
| susp | suspensión |
| suspen | suspensión |
| syring | jeringa |
| tab | tableta/pastilla |
| TD | transdérmico |
| var | variable |
| w/ | con |



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

Índice

| | |
|--|----|
| Analgésicos | 26 |
| Anestésico | 28 |
| Agentes para Combatir el Abuso de Sustancias/Antiadicción | 28 |
| Agentes Ansiolíticos | 29 |
| Antibacterianos | 30 |
| Agentes Contra el Cáncer | 35 |
| Anticonvulsivos | 48 |
| Agentes Contra la Demencia | 52 |
| Antidepresivos | 52 |
| Agentes para Controlar la Diabetes | 55 |
| Antimicóticos | 59 |
| Agentes para el Tratamiento de la Gota | 60 |
| Antihistamínicos | 61 |
| Antiinfecciosos (Piel Y Membrana Mucosa) | 61 |
| Agentes para Combatir la Migraña | 61 |
| Antimicobacterianos | 62 |
| Agentes Contra las Náuseas | 62 |
| Agentes Antiparasitarios | 63 |
| Agentes Antiparkinsonianos | 63 |
| Agentes Antipsicóticos | 64 |
| Antivirales (Sistémico) | 70 |
| Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores de Volumen | 75 |
| Agentes Calóricos | 77 |
| Agentes Cardiovasculares | 78 |

| | |
|--|-----|
| Agentes del Sistema Nervioso Central | 85 |
| Anticonceptivos | 88 |
| Agentes Dentales Y Orales | 94 |
| Agentes Dermatológicos | 94 |
| Dispositivos | 97 |
| Cofactores/Chaperonas Enzimáticas | 136 |
| Reemplazo/Modificadores de Enzimas | 136 |
| Agentes para Ojos, Oídos, Nariz y Garganta | 137 |
| Agentes Gastrointestinales | 140 |
| Agentes Genitourinarios | 142 |
| Antagonistas de Metales Pesados | 143 |
| Agentes Hormonales, Estimulantes/de Reemplazo/Modificadores | 143 |
| Agentes Inmunológicos | 146 |
| Agentes de Enfermedades Inflamatorias del Intestino | 156 |
| Agentes de Enfermedades Óseas Metabólicas | 157 |
| Diversos Agentes Terapéuticos | 158 |
| Agentes Oftálmico | 159 |
| Preparaciones de Reemplazo | 160 |
| Agentes de las Vías Respiratoria | 161 |
| Relajantes del Músculo Esquelético | 164 |
| Agentes para Trastornos del Sueño | 164 |
| Agentes Vasodilatadores | 165 |
| Vitaminas Y Minerales | 165 |

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| Analgésicos | | |
| Analgésicos, Varios | | |
| <i>acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5 ml cup inner 300 mg-30 mg /12.5 ml</i> | 1 | NDS; QL (4500 por 30 días) |
| <i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i> | 1 | NDS; QL (4500 por 30 días) |
| <i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i> | 2 | NDS; QL (360 por 30 días) |
| <i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i> | 2 | NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i> | 2 | NDS; QL (4 por 28 días) |
| <i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i> | 2 | PA; NDS; QL (180 por 30 días); AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg, 50-325-40 mg</i> | 4 | PA; NDS; QL (180 por 30 días); AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i> | 2 | PA; NDS; QL (180 por 30 días); AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>endocet oral tablet 10-325 mg</i> | 2 | NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> | 2 | NDS; QL (360 por 30 días) |
| <i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i> | 2 | NDS; QL (240 por 30 días) |
| <i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i> | 5 | PA; NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i> | 2 | PA; NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i> | 2 | NDS; QL (10 por 30 días) |
| <i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml</i> | 2 | NDS; QL (2700 por 30 días) |
| <i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i> | 2 | NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i> | 2 | NDS; QL (240 por 30 días) |
| <i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> | 2 | NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>methadone oral tablet 10 mg</i> | 2 | NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>methadone oral tablet 5 mg</i> | 2 | NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i> | 2 | PA; NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i> | 2 | NDS; QL (700 por 30 días) |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i> | 2 | NDS; QL (300 por 30 días) |
| MORPHINE ORAL TABLET 15 MG | 4 | NDS; QL (180 por 30 días) |
| MORPHINE ORAL TABLET 30 MG | 4 | NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 60 mg</i> | 2 | NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> | 2 | NDS; QL (90 por 30 días) |
| <i>morphine oral tablet extended release 200 mg</i> | 4 | NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>oxycodone oral capsule 5 mg</i> | 2 | NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i> | 2 | NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>oxycodone oral tablet 15 mg, 20 mg, 30 mg</i> | 2 | NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> | 2 | NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> | 2 | NDS; QL (360 por 30 días) |
| <i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> | 2 | NDS; QL (240 por 30 días) |
| <i>tramadol oral tablet 50 mg</i> | 1 | NDS; QL (240 por 30 días) |
| <i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i> | 2 | NDS; QL (300 por 30 días) |
| Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos | | |
| <i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| <i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i> | 4 | PA; NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i> | 2 | NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i> | 2 | NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg</i> | 2 | NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i> | 2 | QL (300 por 30 días) |
| <i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i> | 5 | PA; NDS; QL (224 por 28 días) |
| <i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg</i> | 2 | NDS |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| <i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i> | 2 | |
| <i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i> | 2 | |
| <i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i> | 2 | |
| <i>ibu oral tablet 400 mg</i> | 1 | QL (240 por 30 días) |
| <i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i> | 1 | |
| <i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i> | 1 | QL (240 por 30 días) |
| <i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i> | 1 | |
| <i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i> | 2 | PA; NDS; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>ketorolac oral tablet 10 mg</i> | 2 | PA; NDS; QL (20 por 30 días); AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i> | 1 | |
| <i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i> | 1 | |
| <i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg</i> | 2 | |
| <i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i> | 2 | NDS |
| Anestésico | | |
| Anestésico Locales | | |
| <i>dermacinrx lidocan 5% patch outer</i> | 2 | PA; NDS; QL (90 por 30 días) |
| <i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> | 2 | NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> | 2 | NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %</i> | 2 | PA; NDS; QL (90 por 30 días) |
| <i>lidocaine topical ointment 5 %</i> | 2 | PA; NDS; QL (240 por 30 días) |
| <i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> | 2 | NDS |
| <i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i> | 2 | PA; NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>lidocan iii topical adhesive patch, medicated 5 %</i> | 2 | PA; NDS; QL (90 por 30 días) |
| <i>tridacaine ii topical adhesive patch, medicated 5 %</i> | 2 | PA; NDS; QL (90 por 30 días) |
| ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 1.8 % | 3 | PA; NDS; QL (90 por 30 días) |
| Agentes para Combatir el Abuso de Sustancias/Antiadicción | | |
| Agentes para Combatir el Abuso de Sustancias/Antiadicción | | |
| <i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i> | 2 | |
| <i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i> | 2 | NDS |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> | 4 | |
| <i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i> | 2 | |
| <i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i> | 2 | |
| KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION | 3 | NDS; QL (4 por 30 días) |
| <i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i> | 2 | NDS |
| <i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i> | 2 | NDS |
| <i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i> | 2 | NDS; QL (4 por 30 días) |
| <i>naltrexone oral tablet 50 mg</i> | 2 | |
| NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML | 4 | NDS; QL (240 por 180 días) |
| <i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)</i> | 2 | NDS; QL (336 por 365 días) |
| <i>varenicline tartrate oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i> | 2 | NDS |
| Agentes Ansiolíticos | | |
| Benzodiazepinas | | |
| <i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> | 1 | NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> | 1 | NDS; QL (150 por 30 días) |
| <i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i> | 2 | NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> | 1 | QL (90 por 30 días) |
| <i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> | 1 | QL (300 por 30 días) |
| <i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> | 2 | QL (90 por 30 días) |
| <i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i> | 2 | QL (300 por 30 días) |
| <i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i> | 4 | NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i> | 2 | NDS; QL (10 por 28 días) |
| <i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i> | 2 | NDS |
| <i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i> | 2 | NDS; QL (1200 por 30 días) |



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.

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| <i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i> | 2 | NDS; QL (1200 por 30 días) |
| <i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> | 1 | NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>lorazepam 2 mg/ml oral concent</i> | 2 | NDS; QL (150 por 30 días) |
| <i>lorazepam 4 mg/ml vial inner</i> | 1 | NDS; QL (2 por 30 días) |
| <i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i> | 1 | NDS; QL (2 por 30 días) |
| <i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i> | 4 | NDS; QL (2 por 30 días) |
| <i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i> | 1 | NDS; QL (2 por 30 días) |
| <i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i> | 2 | NDS; QL (150 por 30 días) |
| <i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> | 1 | NDS; QL (90 por 30 días) |
| <i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> | 1 | NDS; QL (150 por 30 días) |
| <i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> | 1 | NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>temazepam oral capsule 22.5 mg</i> | 2 | NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i> | 2 | NDS; QL (120 por 30 días) |
| Antibacterianos | | |
| Aminoglucósidos | | |
| <i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i> | 2 | NDS |
| ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML | 5 | PA; NDS; QL (235.2 por 28 días) |
| <i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i> | 2 | NDS |
| <i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>neomycin oral tablet 500 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i> | 5 | NDS |
| TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG | 5 | NDS; QL (224 por 28 días) |
| <i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> | 5 | PA BvD; NDS |
| <i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i> | 2 | NDS |
| Antibacterianos, Varios | | |
| <i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml), 150 mg/ml</i> | 2 | NDS |
| <i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> | 5 | NDS |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| <i>daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg</i> | 5 | NDS |
| <i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i> | 2 | NDS |
| <i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> | 5 | NDS |
| <i>linezolid oral tablet 600 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i> | 2 | NDS |
| <i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i> | 1 | NDS |
| <i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i> | 2 | NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i> | 2 | NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> | 2 | NDS; QL (56 por 14 días) |
| <i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> | 2 | NDS; QL (112 por 14 días) |
| XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG | 3 | PA; NDS; QL (9 por 30 días) |
| XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG | 5 | PA; NDS; QL (90 por 30 días) |
| Cefalosporinas | | |
| <i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>cefazolin intravenous recon soln 10 gram</i> | 2 | NDS |
| <i>cefdinir oral capsule 300 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> | 2 | NDS |
| <i>cefixime oral capsule 400 mg</i> | 4 | NDS |
| <i>cefixime oral tablet 400 mg</i> | 4 | NDS |



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.

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| <i>cefotixin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i> | 2 | NDS |
| <i>cefepodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i> | 4 | NDS |
| <i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>ceftaroline fosamil intravenous recon soln 400 mg, 600 mg</i> | 5 | NDS |
| <i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> | 2 | NDS |
| <i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i> | 2 | NDS |
| <i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i> | 1 | NDS |
| <i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> | 2 | NDS |
| TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG | 5 | NDS |
| Macrólidos | | |
| <i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i> | 1 | NDS |
| <i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i> | 4 | NDS |
| <i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> | 4 | NDS |
| <i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i> | 5 | NDS; QL (20 por 10 días) |
| Diversos Antibióticos B-Lactámicos | | |
| <i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> | 2 | NDS |
| CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML | 5 | PA; LA; NDS |
| <i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i> | 2 | NDS |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg, 500 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i> | 2 | NDS |
| Penicilinas | | |
| <i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i> | 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> | 1 | NDS |
| <i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i> | 1 | NDS |
| <i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i> | 2 | 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> | 2 | NDS |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i> | 4 | NDS |
| <i>ampicillin oral capsule 500 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> | 2 | NDS |
| BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML | 4 | NDS |
| <i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i> | 2 | NDS |
| EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT | 4 | NDS |
| LENTOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT | 4 | NDS |
| <i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i> | 2 | NDS |
| <i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i> | 2 | NDS |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| <i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i> | 2 | NDS |
| <i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i> | 1 | NDS |
| <i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i> | 2 | NDS |
| Quinolonas | | |
| <i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> | 1 | NDS |
| <i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i> | 4 | NDS |
| <i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> | 1 | NDS |
| <i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag suv, p/f, inner</i> | 2 | NDS |
| <i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i> | 2 | NDS |
| Sulfonamidas | | |
| <i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i> | 1 | NDS |
| Tetraciclinas | | |
| <i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i> | 4 | NDS |
| <i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> | 2 | NDS |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i> | 4 | NDS |
| <i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> | 2 | NDS |
| Agentes Contra el Cáncer | | |
| Agentes Contra el Cáncer | | |
| <i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>abiraterone, submicronized oral tablet 125 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>abirtega oral tablet 250 mg</i> | 2 | PA NSO; QL (120 por 30 días) |
| <i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i> | 2 | PA BvD; NDS |
| AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (240 por 30 días) |
| ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23) | 5 | PA NSO; NDS |
| <i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> | 2 | |
| ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML | 5 | PA NSO; NDS; QL (1.6 por 28 días) |
| AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (240 por 30 días) |
| AVMAPKI ORAL CAPSULE 0.8 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (24 por 28 días) |
| AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (66 por 28 días) |
| AXTLE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG | 5 | NDS |
| AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i> | 5 | NDS |
| BALVERSA ORAL TABLET 3 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (84 por 28 días) |
| BALVERSA ORAL TABLET 4 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (56 por 28 días) |
| BALVERSA ORAL TABLET 5 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (28 por 28 días) |
| <i>bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS |
| BENDAMUSTINE INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS |
| <i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS |
| <i>bexarotene topical gel 1 %</i> | 5 | PA NSO; NDS |
| <i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> | 2 | |
| BIZENGRI INTRAVENOUS SOLUTION 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML) | 5 | PA NSO; NDS; QL (75 por 28 días) |
| <i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i> | 2 | NDS |
| <i>bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg</i> | 4 | PA NSO |
| <i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS |
| BORUZU INJECTION SOLUTION 2.5 MG/ML | 4 | PA NSO; NDS |
| BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (180 por 30 días) |
| BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| BOSULIF ORAL TABLET 100 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (180 por 30 días) |
| BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (180 por 30 días) |
| BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| CAMCEVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 42 MG | 4 | PA NSO |
| CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) | 5 | PA NSO; NDS |
| COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) | 5 | PA NSO; NDS; QL (112 por 28 días) |
| COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (56 por 28 días) |
| COTELLIC ORAL TABLET 20 MG | 5 | PA NSO; LA; NDS; QL (63 por 28 días) |
| <i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i> | 5 | PA BvD; NDS |
| <i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 500 mg/ml</i> | 5 | PA BvD; NDS |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i> | 2 | PA BvD; ST; NDS |
| <i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i> | 3 | PA BvD; ST; NDS |
| DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 28 días) |
| DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (112 por 28 días) |
| <i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>dasatinib oral tablet 20 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (90 por 30 días) |
| DATROWAY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG | 5 | PA NSO; NDS |
| DAURISMO ORAL TABLET 100 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| DAURISMO ORAL TABLET 25 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i> | 5 | NDS |
| <i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> | 5 | PA BvD; NDS |
| ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS |
| ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG | 4 | PA NSO |
| ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG | 4 | PA NSO |
| ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG | 4 | PA NSO |
| ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH) | 4 | PA NSO |
| ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER, SUV, P/F 40 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS |
| ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS; QL (9.5 por 28 días) |
| EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG | 5 | NDS |
| EMRELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 20 MG | 5 | PA NSO; NDS |
| ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| ENSACOVE ORAL CAPSULE 25 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (270 por 30 días) |
| EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML | 5 | PA NSO; NDS |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML | 5 | PA NSO; NDS |
| ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (28 por 28 días) |
| ERLEADA ORAL TABLET 240 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| ERLEADA ORAL TABLET 60 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (90 por 30 días) |
| <i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (90 por 30 días) |
| ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG | 4 | NDS |
| <i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i> | 2 | NDS |
| EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG | 5 | NDS |
| <i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (56 por 28 días) |
| <i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (28 por 28 días) |
| <i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (112 por 28 días) |
| <i>exemestane oral tablet 25 mg</i> | 2 | |
| FAKZYNJA ORAL TABLET 200 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (42 por 28 días) |
| FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG | 5 | PA BvD; NDS |
| FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG | 3 | PA BvD |
| <i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i> | 2 | PA BvD; NDS |
| <i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i> | 2 | PA BvD; NDS |
| <i>flutamide oral capsule 125 mg</i> | 2 | |
| FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (21 por 28 días) |
| FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (84 por 28 días) |
| FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (21 por 28 días) |
| <i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> | 5 | NDS |
| FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG | 5 | PA NSO; NDS |
| GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (224 por 28 días) |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (112 por 28 días) |
| GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (224 por 28 días) |
| HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML | 5 | PA NSO; NDS; QL (5 por 21 días) |
| HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> | 2 | |
| HYRNUO ORAL TABLET 10 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (21 por 28 días) |
| IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (21 por 28 días) |
| IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (90 por 30 días) |
| ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> | 2 | NDS |
| <i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>imatinib oral tablet 100 mg</i> | 2 | PA NSO; QL (180 por 30 días) |
| <i>imatinib oral tablet 400 mg</i> | 2 | PA NSO; QL (60 por 30 días) |
| IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (28 por 28 días) |
| IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS; QL (216 por 30 días) |
| IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (28 por 28 días) |
| IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG | 5 | PA NSO; NDS |
| IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS |
| IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS; QL (280 por 28 días) |
| INLEXZO INTRAVESICAL IMPLANT 225 MG | 5 | PA BvD; NDS |
| INLURIYO ORAL TABLET 200 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (90 por 30 días) |
| INLYTA ORAL TABLET 1 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (180 por 30 días) |
| INLYTA ORAL TABLET 5 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (5 por 28 días) |
| INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| IWILFIN ORAL TABLET 192 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (240 por 30 días) |
| JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (90 por 30 días) |
| JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS |
| JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML | 4 | PA BvD; ST |
| KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS |
| KEYTRUDA QLEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML | 5 | PA NSO; NDS |
| KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML | 5 | PA NSO; NDS; QL (2 por 28 días) |
| KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (49 por 28 días) |
| KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (70 por 28 días) |
| KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (91 por 28 días) |
| KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1) | 5 | PA NSO; NDS; QL (21 por 28 días) |
| KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2) | 5 | PA NSO; NDS; QL (42 por 28 días) |
| KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3) | 5 | PA NSO; NDS; QL (63 por 28 días) |
| KOMZIFTI ORAL CAPSULE 200 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (300 por 30 días) |
| KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 5 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (600 por 30 días) |
| KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 7.5 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (390 por 30 días) |
| KRAZATI ORAL TABLET 200 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (180 por 30 días) |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS |
| LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (28 por 28 días) |
| LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 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), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2) | 5 | PA NSO; NDS |
| <i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> | 2 | |
| LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG | 5 | NDS |
| <i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i> | 4 | PA NSO; NDS |
| <i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i> | 2 | PA NSO |
| <i>lomustine oral capsule 10 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>lomustine oral capsule 100 mg, 40 mg</i> | 5 | NDS |
| LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (100 por 28 días) |
| LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (80 por 28 días) |
| LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML) | 5 | PA NSO; NDS |
| LORBRENA ORAL TABLET 100 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| LORBRENA ORAL TABLET 25 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (90 por 30 días) |
| LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (240 por 30 días) |
| LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (90 por 30 días) |
| LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS |
| LUNSUMIO VELO SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/ML, 5 MG/0.5 ML | 5 | PA NSO; NDS |
| LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG | 5 | PA NSO; NDS |
| LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG | 5 | PA NSO; NDS |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG | 5 | PA NSO; NDS |
| LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG | 5 | PA NSO; NDS |
| LUTRATE DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG | 4 | PA NSO; NDS |
| LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS; QL (15 por 8 días) |
| LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS; QL (40 por 28 días) |
| LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| LYSODREN ORAL TABLET 500 MG | 5 | NDS |
| LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) | 5 | PA NSO; NDS; QL (140 por 28 días) |
| MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS |
| MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG | 5 | NDS |
| <i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i> | 2 | PA NSO; NDS; AGE (Máx. 64 Años) |
| MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS; QL (1260 por 30 días) |
| MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (90 por 30 días) |
| MEKINIST ORAL TABLET 2 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml</i> | 5 | NDS |
| <i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i> | 2 | |
| <i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i> | 2 | NDS |
| <i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i> | 2 | NDS |
| <i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i> | 2 | NDS |
| <i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i> | 2 | PA BvD; ST |
| <i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i> | 2 | |
| MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (20 por 28 días) |
| NERLYNX ORAL TABLET 40 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> | 5 | NDS |
| NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (3 por 28 días) |
| NUBEQA ORAL TABLET 300 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG | 5 | PA NSO; LA; NDS |
| OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG | 5 | PA NSO; NDS |
| OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (180 por 30 días) |
| OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS; QL (96 por 28 días) |
| OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6) | 5 | PA NSO; NDS; QL (24 por 28 días) |
| OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (14 por 28 días) |
| OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML | 5 | PA NSO; NDS |
| OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG-5,000 UNIT/2.5 ML, 600 MG-10,000 UNIT/5 ML | 5 | PA NSO; NDS |
| OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML | 5 | PA NSO; NDS |
| ORSERDU ORAL TABLET 345 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| ORSERDU ORAL TABLET 86 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (90 por 30 días) |
| <i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> | 5 | PA BvD; NDS |
| <i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>pazopanib oral tablet 400 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg</i> | 5 | NDS |
| <i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i> | 5 | NDS |
| PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML | 5 | NDS |
| PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1) | 5 | PA NSO; NDS; QL (28 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 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.

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) | 5 | PA NSO; NDS; QL (56 por 28 días) |
| POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (21 por 28 días) |
| QINLOCK ORAL TABLET 50 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (90 por 30 días) |
| RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (180 por 30 días) |
| RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| RETEVMO ORAL TABLET 40 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (90 por 30 días) |
| REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (240 por 30 días) |
| REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML) | 5 | PA NSO; NDS |
| ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (8 por 28 días) |
| ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (180 por 30 días) |
| ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (90 por 30 días) |
| ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (360 por 30 días) |
| RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| RYBREVANT FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,600 MG-20,000 UNIT/10 ML, 2,240 MG-28,000 UNIT/14 ML | 5 | PA NSO; NDS |
| RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS |
| RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (224 por 28 días) |
| RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG | 5 | PA NSO; NDS |
| SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (300 por 30 días) |
| SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML | 5 | NDS |
| <i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| STIVARGA ORAL TABLET 40 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (84 por 28 días) |
| <i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (28 por 28 días) |
| SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG | 5 | PA NSO; NDS |
| TABLOID ORAL TABLET 40 MG | 5 | NDS |
| TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (112 por 28 días) |
| TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (900 por 30 días) |
| TAGRISO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG | 5 | PA NSO; LA; NDS; QL (30 por 30 días) |
| TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS |
| TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i> | 2 | |
| TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (112 por 28 días) |
| TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (240 por 30 días) |
| TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS |
| TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS |
| TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG | 4 | NDS |
| TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (5 por 21 días) |
| <i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> | 2 | NDS |
| <i>toremifene oral tablet 60 mg</i> | 5 | NDS |
| <i>torpenz oral tablet 10 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG | 4 | PA NSO; NDS |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG, 3.75 MG | 4 | PA NSO |
| <i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i> | 5 | NDS |
| TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (64 por 28 días) |
| TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS |
| TUKYSA ORAL TABLET 150 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| TUKYSA ORAL TABLET 50 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (300 por 30 días) |
| TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG | 5 | PA NSO; NDS |
| VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG | 3 | PA NSO; LA; QL (60 por 30 días) |
| VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG | 5 | PA NSO; LA; NDS; QL (180 por 30 días) |
| VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG | 5 | PA NSO; LA; NDS; QL (30 por 30 días) |
| VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG | 5 | PA NSO; LA; NDS |
| VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (56 por 28 días) |
| <i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i> | 2 | NDS |
| VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (180 por 30 días) |
| VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS; QL (300 por 30 días) |
| VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS |
| VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| VONJO ORAL CAPSULE 100 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG | 5 | PA NSO; NDS |
| VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 300 MG | 5 | PA NSO; NDS |
| WELIREG ORAL TABLET 40 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (90 por 30 días) |
| XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| XALKORI ORAL PELLETT 150 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (180 por 30 días) |
| XALKORI ORAL PELLETT 20 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (240 por 30 días) |
| XALKORI ORAL PELLETT 50 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML | 4 | PA BvD; ST |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| XOSPATA ORAL TABLET 40 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (90 por 30 días) |
| XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (80 MG X 1) | 5 | PA NSO; NDS; QL (8 por 28 días) |
| XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4) | 5 | PA NSO; NDS; QL (16 por 28 días) |
| XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1) | 5 | PA NSO; NDS; QL (4 por 28 días) |
| XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) | 5 | PA NSO; NDS; QL (24 por 28 días) |
| XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) | 5 | PA NSO; NDS; QL (32 por 28 días) |
| XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| XTANDI ORAL TABLET 40 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| XTANDI ORAL TABLET 80 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) | 5 | PA NSO; NDS |
| YONSA ORAL TABLET 125 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (90 por 30 días) |
| ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (240 por 30 días) |
| ZIIHERA INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG | 5 | PA NSO; NDS |
| ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS |
| ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG | 4 | PA NSO; NDS |
| ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG | 5 | NDS |
| ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (84 por 28 días) |
| ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG | 5 | PA NSO; NDS |
| ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML | 5 | PA NSO; NDS; QL (20 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 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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| Anticonvulsivos | | |
| Anticonvulsivos | | |
| BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML | 5 | NDS; QL (80 por 30 días) |
| BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML | 5 | NDS; QL (600 por 30 días) |
| BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG | 5 | NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>carbamazepine 100 mg/5 ml cup outer 100 mg/5 ml (5 ml)</i> | 2 | |
| <i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> | 2 | |
| <i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i> | 2 | |
| <i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> | 2 | |
| <i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg, 200 mg</i> | 2 | |
| <i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i> | 2 | QL (480 por 30 días) |
| <i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (360 por 30 días) |
| DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (180 por 30 días) |
| DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (360 por 30 días) |
| DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 5-7.5-10 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>diazepam rectal kit 2.5 mg</i> | 4 | NDS |
| DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG | 4 | |
| <i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> | 2 | |
| <i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> | 2 | |
| <i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> | 2 | |
| ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG | 5 | ST; NDS; QL (90 por 30 días) |
| ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,500 MG | 5 | ST; NDS; QL (60 por 30 días) |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS |
| <i>epitol oral tablet 200 mg</i> | 2 | |
| EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML | 4 | ST |
| <i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg</i> | 5 | ST; NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i> | 5 | ST; NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> | 2 | |
| <i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> | 2 | |
| FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS |
| <i>fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml</i> | 2 | NDS |
| FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG | 5 | ST; NDS; QL (30 por 30 días) |
| FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG | 4 | ST; QL (30 por 30 días) |
| FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG | 5 | ST; NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> | 2 | QL (360 por 30 días) |
| <i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> | 2 | QL (270 por 30 días) |
| <i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> | 2 | QL (2160 por 30 días) |
| <i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> | 2 | QL (180 por 30 días) |
| <i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> | 2 | QL (120 por 30 días) |
| <i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> | 2 | NDS; QL (200 por 5 días) |
| <i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> | 2 | QL (1200 por 30 días) |
| <i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| <i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> | 1 | |
| <i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> | 2 | |



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.

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| <i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> | 2 | |
| <i>levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg</i> | 2 | ST |
| <i>levetiracetam oral tablet for suspension 500 mg</i> | 4 | ST |
| LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG | 4 | NDS; QL (10 por 30 días) |
| <i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> | 2 | |
| NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) | 4 | NDS; QL (10 por 30 días) |
| <i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> | 2 | |
| <i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> | 2 | |
| <i>perampanel oral suspension 0.5 mg/ml</i> | 5 | ST; NDS; QL (680 por 28 días) |
| <i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg</i> | 5 | ST; NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>perampanel oral tablet 2 mg</i> | 2 | ST; QL (30 por 30 días) |
| <i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i> | 5 | ST; NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i> | 2 | 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> | 2 | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> | 2 | |
| <i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> | 2 | |
| <i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i> | 2 | NDS |
| <i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i> | 2 | NDS |
| <i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> | 2 | QL (90 por 30 días) |
| <i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| <i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> | 2 | QL (900 por 30 días) |
| <i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> | 5 | ST; NDS |
| <i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> | 2 | ST |
| <i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> | 5 | ST; NDS |
| SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG | 5 | PA BvD; NDS |
| SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG | 4 | ST |
| SUBVENITE ORAL SUSPENSION 10 MG/ML | 4 | PA NSO |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> | 1 | |
| SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i> | 2 | |
| <i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i> | 2 | ST |
| <i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 1 | |
| <i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i> | 2 | NDS |
| <i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>valproic acid oral capsule 250 mg</i> | 2 | |
| VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) | 5 | NDS; QL (10 por 30 días) |
| <i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (180 por 30 días) |
| XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) | 5 | NDS; QL (56 por 28 días) |
| XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG | 5 | NDS; QL (30 por 30 días) |
| XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG | 5 | NDS; QL (60 por 30 días) |
| XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) | 4 | NDS |
| XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) | 5 | NDS |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML | 4 | |
| <i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS; QL (1080 por 30 días) |
| Agentes Contra la Demencia | | |
| Agentes Contra la Demencia | | |
| <i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i> | 1 | QL (30 por 30 días) |
| <i>donepezil oral tablet 23 mg</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |
| <i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg</i> | 2 | |
| <i>donepezil oral tablet, disintegrating 5 mg</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |
| <i>ergoloid oral tablet 1 mg</i> | 2 | |
| <i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |
| <i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i> | 2 | QL (200 por 30 días) |
| <i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| <i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i> | 2 | ST; QL (30 por 30 días) |
| <i>memantine oral solution 2 mg/ml</i> | 2 | QL (300 por 30 días) |
| <i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| <i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i> | 2 | |
| <i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |
| Antidepresivos | | |
| Antidepresivos | | |
| <i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> | 2 | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años) |
| AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG | 5 | ST; NDS |
| <i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i> | 2 | |
| <i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> | 2 | |
| <i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> | 2 | |
| <i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>citalopram oral tablet 10 mg</i> | 1 | QL (120 por 30 días) |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i> | 1 | QL (30 por 30 días) |
| <i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> | 4 | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> | 4 | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |
| <i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> | 2 | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i> | 2 | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años) |
| DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG | 4 | ST; QL (60 por 30 días) |
| DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG | 4 | ST; QL (30 por 30 días) |
| <i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR | 5 | ST; NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> | 1 | |
| EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| EXXUA ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 18.2 MG (32 TABS) | 5 | PA NSO; NDS |
| FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26) | 4 | ST; NDS |
| FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG | 4 | ST; QL (30 por 30 días) |
| <i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> | 1 | |
| <i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i> | 2 | |
| <i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años) |
| MARPLAN ORAL TABLET 10 MG | 4 | |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| <i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i> | 2 | |
| <i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> | 2 | |
| <i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> | 1 | |
| <i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i> | 4 | |
| <i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i> | 4 | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> | 1 | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i> | 4 | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i> | 2 | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> | 2 | |
| <i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i> | 4 | |
| RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS; QL (1200 por 30 días) |
| <i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 1 | |
| SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3) | 5 | PA NSO; NDS |
| <i>tranlycypromine oral tablet 10 mg</i> | 4 | |
| <i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i> | 1 | |
| <i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 4 | |
| TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG | 3 | QL (30 por 30 días) |
| <i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |
| <i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> | 2 | QL (90 por 30 días) |
| <i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i> | 2 | |
| <i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |
| ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (28 por 14 días) |
| ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (14 por 14 días) |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| Agentes para Controlar la Diabetes | | |
| Agentes para Controlar la Diabetes, Diversos | | |
| <i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>dapagliflozin propanediol oral tablet 10 mg, 5 mg</i> | 6 | QL (30 por 30 días) |
| FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG | 6 | QL (30 por 30 días) |
| GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG | 6 | QL (30 por 30 días) |
| JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG | 6 | QL (60 por 30 días) |
| JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG | 6 | QL (30 por 30 días) |
| JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG | 6 | QL (60 por 30 días) |
| JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG | 6 | QL (30 por 30 días) |
| JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG | 6 | QL (30 por 30 días) |
| JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG | 6 | QL (60 por 30 días) |
| JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG | 6 | QL (60 por 30 días) |
| JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG | 6 | QL (30 por 30 días) |
| <i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i> | 4 | QL (765 por 30 días) |
| <i>metformin oral tablet 1,000 mg</i> | 1 | QL (75 por 30 días) |
| <i>metformin oral tablet 500 mg</i> | 1 | QL (150 por 30 días) |
| <i>metformin oral tablet 750 mg, 850 mg</i> | 1 | QL (90 por 30 días) |
| <i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i> | 1 | QL (120 por 30 días) |
| <i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i> | 1 | QL (60 por 30 días) |
| <i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> | 5 | PA; NDS; QL (112 por 28 días) |
| MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML | 3 | PA; 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 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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2.5 MG/0.5 ML | 3 | PA; NDS; QL (2 por 28 días) |
| <i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i> | 1 | QL (90 por 30 días) |
| 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) | 3 | PA; QL (3 por 28 días) |
| <i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> | 1 | QL (30 por 30 días) |
| <i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i> | 1 | QL (90 por 30 días) |
| <i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> | 1 | QL (120 por 30 días) |
| <i>repaglinide oral tablet 2 mg</i> | 1 | QL (240 por 30 días) |
| RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 3 MG | 3 | PA; NDS; QL (30 por 30 días) |
| RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG | 3 | PA; QL (30 por 30 días) |
| SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG | 6 | QL (60 por 30 días) |
| SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG | 6 | QL (30 por 30 días) |
| SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG | 6 | QL (60 por 30 días) |
| TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG | 6 | QL (30 por 30 días) |
| TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG | 6 | QL (30 por 30 días) |
| TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG | 6 | QL (60 por 30 días) |
| 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 | 3 | PA; QL (2 por 28 días) |
| XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG | 6 | QL (30 por 30 días) |
| XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG | 6 | QL (60 por 30 días) |
| Insulinas | | |
| FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) | 3 | QL (30 por 28 días) |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML) | 3 | QL (30 por 28 días) |
| FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML | 3 | QL (40 por 28 días) |
| HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML | 3 | QL (40 por 28 días) |
| HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML) | 3 | QL (24 por 28 días) |
| <i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i> | 3 | QL (30 por 28 días) |
| <i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i> | 3 | QL (40 por 28 días) |
| <i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i> | 3 | QL (30 por 28 días) |
| <i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i> | 3 | QL (30 por 28 días) |
| <i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i> | 3 | QL (40 por 28 días) |
| <i>insulin glargine-yfgn subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i> | 3 | QL (30 por 28 días) |
| <i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml</i> | 3 | QL (40 por 28 días) |
| <i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i> | 3 | ST; QL (40 por 28 días) |
| LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) | 3 | QL (30 por 28 días) |
| LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML | 3 | QL (40 por 28 días) |
| NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) | 3 | QL (40 por 28 días) |
| NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) | 3 | QL (30 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 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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) | 3 | QL (30 por 28 días) |
| NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML | 3 | QL (40 por 28 días) |
| NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) | 3 | QL (30 por 28 días) |
| NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML | 3 | QL (40 por 28 días) |
| NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) | 3 | QL (30 por 28 días) |
| NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30) | 3 | QL (40 por 28 días) |
| NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) | 3 | QL (30 por 28 días) |
| NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML | 3 | QL (30 por 28 días) |
| NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML | 3 | QL (40 por 28 días) |
| SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML | 3 | QL (30 por 30 días) |
| TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML) | 3 | QL (18 por 28 días) |
| TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML) | 3 | QL (13.5 por 28 días) |
| XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) | 3 | QL (15 por 28 días) |
| Sulfonilureas | | |
| <i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i> | 1 | QL (30 por 30 días) |
| <i>glimepiride oral tablet 4 mg</i> | 1 | QL (60 por 30 días) |
| <i>glipizide oral tablet 10 mg</i> | 1 | QL (120 por 30 días) |
| <i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i> | 1 | QL (60 por 30 días) |
| <i>glipizide oral tablet 5 mg</i> | 1 | QL (240 por 30 días) |
| <i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i> | 1 | QL (60 por 30 días) |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i> | 1 | QL (30 por 30 días) |
| <i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i> | 1 | QL (240 por 30 días) |
| <i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i> | 1 | QL (120 por 30 días) |
| <i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i> | 1 | PA; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> | 1 | PA; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i> | 1 | PA; AGE (Máx. 64 Años) |
| Antimicóticos | | |
| Antimicóticos | | |
| ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML | 4 | PA BvD; NDS |
| <i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i> | 2 | PA BvD; NDS |
| <i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i> | 5 | PA BvD; NDS |
| <i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i> | 2 | NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>ciclopirox topical solution 8 %</i> | 2 | NDS; QL (19.8 por 30 días) |
| <i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i> | 4 | NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>clotrimazole topical cream 1 %</i> | 2 | NDS |
| <i>clotrimazole topical solution 1 %</i> | 2 | NDS |
| <i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i> | 2 | NDS; QL (90 por 30 días) |
| CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG | 5 | PA; NDS |
| <i>econazole nitrate topical cream 1 %</i> | 2 | NDS; QL (170 por 30 días) |
| <i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i> | 2 | NDS |
| <i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> | 5 | NDS |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| <i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i> | 4 | NDS |
| <i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg</i> | 4 | NDS |
| <i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>ketoconazole topical cream 2 %</i> | 2 | NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i> | 2 | NDS; QL (360 por 30 días) |
| <i>micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> | 2 | NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i> | 2 | NDS |
| <i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i> | 2 | NDS |
| <i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i> | 2 | NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i> | 2 | NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> | 2 | NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i> | 2 | NDS |
| <i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i> | 2 | NDS |
| <i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> | 2 | NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i> | 5 | PA; NDS |
| <i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i> | 1 | NDS |
| <i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> | 5 | PA BvD; NDS |
| <i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> | 5 | PA; NDS |
| <i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i> | 4 | NDS |
| Agentes para el Tratamiento de la Gota | | |
| Agentes para el Tratamiento de la Gota, Otros | | |
| <i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i> | 1 | |
| <i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| <i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> | 2 | QL (120 por 30 días) |
| <i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> | 4 | ST; QL (30 por 30 días) |
| <i>probenecid oral tablet 500 mg</i> | 2 | |
| <i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i> | 2 | |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| Antihistamínicos | | |
| Antihistamínicos | | |
| <i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | PA; NDS; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> | 1 | |
| Antiinfecciosos (Piel Y Membrana Mucosa) | | |
| Antiinfecciosos (Piel Y Membrana Mucosa) | | |
| <i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> | 4 | NDS |
| <i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> | 4 | NDS |
| <i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i> | 2 | NDS |
| <i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i> | 4 | NDS |
| Agentes para Combatir la Migraña | | |
| Agentes para Combatir la Migraña | | |
| AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML | 3 | PA; QL (1 por 30 días) |
| <i>dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> | 5 | ST; NDS; QL (8 por 28 días) |
| EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML | 3 | PA; QL (2 por 30 días) |
| EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML | 3 | PA; QL (2 por 30 días) |
| EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) | 3 | PA; NDS; QL (3 por 30 días) |
| <i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i> | 2 | NDS; QL (9 por 30 días) |
| NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG | 3 | PA; NDS; QL (18 por 30 días) |
| QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG | 3 | PA; QL (30 por 30 días) |
| <i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i> | 2 | NDS; QL (18 por 30 días) |
| <i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg</i> | 2 | NDS; QL (18 por 30 días) |
| <i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject outer, sub</i> | 2 | NDS; QL (4 por 28 días) |
| <i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i> | 2 | NDS; QL (12 por 30 días) |
| <i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> | 2 | NDS; QL (9 por 30 días) |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> | 2 | NDS; QL (18 por 30 días) |
| <i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> | 4 | NDS; QL (4 por 28 días) |
| <i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i> | 2 | NDS; QL (5 por 28 días) |
| UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG | 3 | PA; NDS; QL (16 por 30 días) |
| Antimicobacterianos | | |
| Antimicobacterianos | | |
| <i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i> | 2 | |
| <i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i> | 1 | NDS |
| PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG | 4 | NDS |
| <i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>rifabutin oral capsule 150 mg</i> | 4 | NDS |
| <i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i> | 2 | NDS |
| SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG | 5 | PA; NDS |
| TRECTOR ORAL TABLET 250 MG | 4 | NDS |
| Agentes Contra las Náuseas | | |
| Agentes Contra las Náuseas | | |
| <i>aprepitant oral capsule 125 mg</i> | 2 | PA BvD; NDS; QL (2 por 28 días) |
| <i>aprepitant oral capsule 40 mg</i> | 2 | PA BvD; NDS; QL (1 por 28 días) |
| <i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> | 2 | PA BvD; NDS; QL (4 por 28 días) |
| <i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> | 2 | PA BvD; NDS |
| <i>compro rectal suppository 25 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> | 4 | PA; NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i> | 2 | PA BvD; NDS |
| <i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i> | 2 | PA BvD; NDS |
| <i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i> | 2 | NDS |
| <i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i> | 2 | PA; NDS; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 1 | PA; NDS; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>promethazine rectal suppository 25 mg</i> | 2 | PA; NDS; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i> | 2 | PA; NDS; AGE (Máx. 64 Años) |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> | 4 | NDS; QL (10 por 30 días) |
| Agentes Antiparasitarios | | |
| Agentes Antiparasitarios | | |
| <i>albendazole oral tablet 200 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i> | 2 | NDS |
| COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG | 4 | NDS |
| <i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i> | 2 | QL (180 por 30 días) |
| <i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> | 2 | QL (90 por 30 días) |
| <i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg, 400 mg</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG | 5 | PA; NDS; QL (84 por 28 días) |
| <i>ivermectin oral tablet 3 mg, 6 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>mefloquine oral tablet 250 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> | 5 | NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> | 2 | PA BvD |
| <i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>praziquantel oral tablet 600 mg</i> | 2 | NDS |
| PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE) | 4 | NDS |
| <i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> | 5 | PA; NDS |
| <i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> | 2 | PA; NDS |
| <i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i> | 2 | NDS |
| Agentes Antiparkinsonianos | | |
| Agentes Antiparkinsonianos | | |
| <i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i> | 2 | |
| <i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i> | 2 | |
| <i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> | 2 | |
| <i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> | 2 | |
| <i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i> | 2 | |



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.

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i> | 2 | |
| <i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i> | 2 | |
| <i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg</i> | 2 | |
| <i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 25-100 mg, 25-250 mg</i> | 4 | |
| <i>entacapone oral tablet 200 mg</i> | 2 | |
| KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG | 5 | PA; NDS; QL (150 por 30 días) |
| KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG | 5 | PA; NDS |
| ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML | 5 | PA; NDS; QL (600 por 30 días) |
| <i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i> | 2 | |
| <i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> | 4 | |
| <i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 2 mg, 4 mg</i> | 2 | |
| <i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i> | 2 | |
| <i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i> | 4 | |
| <i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i> | 2 | PA; AGE (Máx. 64 Años) |
| VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML | 5 | PA; NDS; QL (560 por 28 días) |
| Agentes Antipsicóticos | | |
| Agentes Antipsicóticos | | |
| ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML | 5 | NDS; QL (2.4 por 42 días) |
| ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML | 5 | NDS; QL (3.2 por 42 días) |
| ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG | 5 | NDS; QL (1 por 26 días) |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG | 5 | NDS; QL (1 por 26 días) |
| <i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i> | 4 | ST; QL (90 por 30 días) |
| <i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i> | 4 | ST; QL (60 por 30 días) |
| ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML | 5 | NDS; QL (4.8 por 365 días) |
| ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML | 5 | NDS; QL (3.9 por 14 días) |
| ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML | 5 | NDS; QL (1.6 por 14 días) |
| ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML | 5 | NDS; QL (2.4 por 14 días) |
| ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML | 5 | NDS; QL (3.2 por 14 días) |
| <i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> | 4 | QL (60 por 30 días) |
| CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG | 5 | ST; NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>chlorpromazine 25 mg/ml amp 25's,outer</i> | 2 | PA NSO; NDS; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i> | 2 | NDS |
| <i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i> | 2 | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 4 | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i> | 4 | PA NSO; ST; QL (90 por 30 días); 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 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.

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| <i>clozapine oral tablet, disintegrating 150 mg</i> | 4 | PA NSO; ST; QL (180 por 30 días); AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>clozapine oral tablet, disintegrating 200 mg</i> | 4 | PA NSO; ST; QL (120 por 30 días); AGE (Máx. 64 Años) |
| COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG | 5 | PA NSO; ST; NDS; QL (60 por 30 días); AGE (Máx. 64 Años) |
| COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE, DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG | 5 | PA NSO; ST; NDS; AGE (Máx. 64 Años) |
| ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML | 5 | NDS; QL (0.75 por 21 días) |
| ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML | 5 | NDS; QL (1 por 21 días) |
| ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML | 5 | NDS; QL (1.5 por 21 días) |
| ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 351 MG/2.25 ML | 5 | NDS; QL (2.25 por 21 días) |
| ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML | 5 | NDS; QL (0.25 por 21 días) |
| ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML | 5 | NDS; QL (0.5 por 21 días) |
| FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG | 5 | ST; NDS; QL (60 por 30 días) |
| FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS, DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2) | 4 | ST; NDS |
| FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS, DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2) | 4 | ST; NDS |
| FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS, DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2) | 4 | ST; NDS |
| <i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i> | 2 | NDS |
| <i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> | 4 | |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i> | 2 | |
| <i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i> | 2 | NDS |
| <i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i> | 2 | NDS |
| <i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML | 5 | NDS; QL (3.5 por 166 días) |
| INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML | 5 | NDS; QL (5 por 166 días) |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML | 5 | NDS; QL (0.75 por 21 días) |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML | 5 | NDS; QL (1 por 21 días) |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML | 5 | NDS; QL (1.5 por 21 días) |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML | 3 | QL (0.25 por 21 días) |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML | 5 | NDS; QL (0.5 por 21 días) |
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML | 5 | NDS; QL (0.88 por 70 días) |
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML | 5 | NDS; QL (1.32 por 70 días) |
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML | 5 | NDS; QL (1.75 por 70 días) |
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML | 5 | NDS; QL (2.63 por 70 días) |
| <i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>lurasidone oral tablet 120 mg</i> | 4 | QL (30 por 30 días) |
| <i>lurasidone oral tablet 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |
| <i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|--|
| LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días); AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>molindone oral tablet 10 mg</i> | 2 | QL (240 por 30 días) |
| <i>molindone oral tablet 25 mg</i> | 2 | QL (270 por 30 días) |
| <i>molindone oral tablet 5 mg</i> | 5 | NDS; QL (120 por 30 días) |
| NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i> | 2 | NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> | 2 | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i> | 2 | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años) |
| OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG | 5 | ST; NDS |
| <i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i> | 4 | QL (30 por 30 días) |
| <i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> | 4 | QL (60 por 30 días) |
| <i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> | 2 | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años) |
| PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG | 5 | NDS; QL (1 por 30 días) |
| <i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i> | 2 | |
| <i>prochlorperazine 10 mg/2 ml vial inner 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i> | 2 | NDS |
| <i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>quetiapine oral tablet 150 mg</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |
| <i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG | 5 | NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i> | 2 | QL (2 por 28 días) |
| <i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i> | 5 | NDS; QL (2 por 28 días) |
| <i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> | 2 | |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| 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, 4 mg</i> | 2 | |
| <i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> | 4 | |
| RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML | 5 | NDS; QL (2 por 28 días) |
| SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR | 5 | ST; NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML | 5 | NDS; QL (0.28 por 28 días) |
| UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML | 5 | NDS; QL (0.35 por 28 días) |
| UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML | 5 | NDS; QL (0.42 por 56 días) |
| UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML | 5 | NDS; QL (0.56 por 56 días) |
| UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML | 5 | NDS; QL (0.7 por 56 días) |
| UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML | 5 | NDS; QL (0.14 por 28 días) |
| UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML | 5 | NDS; QL (0.21 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 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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML | 5 | PA NSO; ST; NDS; QL (540 por 30 días); AGE (Máx. 64 Años) |
| VRAYLAR ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG | 5 | ST; NDS; QL (30 por 30 días) |
| VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6) | 4 | ST; NDS |
| <i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> | 2 | |
| <i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i> | 2 | NDS; QL (6 por 28 días) |
| ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG | 4 | QL (2 por 28 días) |
| ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG | 5 | NDS; QL (2 por 28 días) |
| ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG | 5 | NDS; QL (1 por 28 días) |
| Antivirales (Sistémico) | | |
| Antirretrovirales | | |
| <i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>abacavir oral tablet 300 mg</i> | 2 | |
| <i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i> | 2 | |
| APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG | 5 | NDS |
| <i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i> | 2 | |
| BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG | 5 | NDS; QL (30 por 30 días) |
| CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML | 5 | NDS |
| <i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml), 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i> | 5 | NDS; QL (24 por 365 días) |
| CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG | 5 | NDS |
| <i>darunavir oral tablet 600 mg</i> | 2 | |
| <i>darunavir oral tablet 800 mg</i> | 5 | NDS |
| DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG | 5 | NDS |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG | 5 | NDS |
| <i>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i> | 2 | |
| DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG | 5 | NDS |
| EDURANT ORAL TABLET 25 MG | 5 | NDS |
| EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG | 5 | NDS |
| <i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>efavirenz oral tablet 600 mg</i> | 2 | |
| <i>efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg</i> | 2 | |
| <i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i> | 5 | NDS |
| <i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> | 2 | |
| <i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i> | 2 | |
| <i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 133-200 mg</i> | 5 | NDS |
| <i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-25-300 mg</i> | 5 | NDS |
| EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML | 4 | |
| EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML) | 4 | |
| <i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> | 5 | NDS |
| EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG | 5 | NDS |
| <i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i> | 5 | NDS |
| FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG | 5 | NDS |
| GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG | 5 | NDS |
| INTELENCE ORAL TABLET 25 MG | 4 | |
| ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG | 5 | NDS |
| ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG | 5 | NDS |
| ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG | 5 | NDS |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG | 5 | NDS |
| ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG | 3 | |
| JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG | 5 | NDS |
| KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML | 4 | QL (480 por 30 días) |
| <i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>lamivudine oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg</i> | 2 | |
| <i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i> | 2 | |
| LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML | 4 | |
| <i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> | 2 | QL (480 por 30 días) |
| <i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> | 2 | QL (300 por 30 días) |
| <i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> | 2 | QL (120 por 30 días) |
| <i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> | 5 | NDS |
| <i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i> | 2 | QL (1200 por 30 días) |
| <i>nevirapine oral tablet 200 mg</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| <i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i> | 2 | QL (90 por 30 días) |
| <i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |
| NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG | 4 | |
| NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML | 4 | |
| ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG | 5 | NDS |
| PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG | 5 | NDS |
| PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG-MG | 5 | NDS |
| PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML | 5 | NDS |
| PREZISTA ORAL TABLET 150 MG | 5 | NDS |
| PREZISTA ORAL TABLET 75 MG | 4 | |
| RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML | 4 | NDS |
| REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG | 5 | NDS |
| <i>rilpivirine intramuscular suspension,extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i> | 5 | NDS |
| <i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> | 2 | |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG | 5 | NDS |
| SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML | 5 | NDS |
| SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG | 3 | |
| SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG | 5 | NDS |
| <i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> | 2 | |
| STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG | 5 | NDS |
| SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK), 300 MG (5-TABLET PACK) | 5 | NDS |
| SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML | 5 | PA BvD; NDS |
| SYMITUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG | 5 | NDS |
| TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG | 5 | NDS |
| <i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> | 2 | |
| TIVICAY ORAL TABLET 10 MG | 4 | |
| TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG | 5 | NDS |
| TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG | 5 | NDS |
| TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG | 5 | NDS; QL (30 por 30 días) |
| TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG | 4 | |
| TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG | 5 | NDS |
| TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) | 5 | NDS |
| VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG | 5 | ST; NDS; QL (30 por 30 días) |
| VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG | 5 | NDS |
| VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) | 5 | NDS |
| VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG | 5 | NDS |
| VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG | 4 | NDS |
| <i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> | 2 | |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| <i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>zidovudine oral tablet 300 mg</i> | 2 | |
| Antivirales, Diversos | | |
| LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG | 5 | PA; NDS |
| <i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> | 2 | NDS; QL (84 por 180 días) |
| <i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> | 2 | NDS; QL (48 por 180 días) |
| <i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> | 2 | NDS; QL (42 por 180 días) |
| <i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> | 2 | NDS; QL (540 por 180 días) |
| PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10) | 2 | NDS; QL (20 por 5 días) |
| PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5) | 2 | NDS; QL (11 por 28 días) |
| PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG | 2 | NDS; QL (30 por 5 días) |
| PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG | 5 | PA; NDS; QL (28 por 28 días) |
| RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION | 4 | NDS; QL (60 por 180 días) |
| Antivirales Hcv | | |
| EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG | 5 | PA; NDS; QL (28 por 28 días) |
| EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG | 5 | PA; NDS; QL (56 por 28 días) |
| EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG | 5 | PA; NDS; QL (28 por 28 días) |
| HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG | 5 | PA; NDS; QL (28 por 28 días) |
| HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG | 5 | PA; NDS; QL (56 por 28 días) |
| HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG | 5 | PA; NDS; QL (28 por 28 días) |
| VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG | 5 | PA; NDS; QL (28 por 28 días) |
| Interferones | | |
| INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML) | 5 | NDS |
| PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML | 5 | PA; NDS |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML | 5 | PA; NDS |
| Nucleósidos Y Nucleótidos | | |
| <i>acyclovir oral capsule 200 mg</i> | 1 | |
| <i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> | 4 | |
| <i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i> | 2 | |
| <i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i> | 2 | PA BvD; NDS |
| <i>adefovir oral tablet 10 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> | 2 | |
| <i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> | 2 | |
| <i>ribavirin oral tablet 200 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> | 2 | |
| <i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> | 5 | NDS |
| <i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> | 2 | |
| Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores de Volumen | | |
| Anticoagulantes | | |
| <i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i> | 3 | QL (60 por 30 días) |
| ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS) | 3 | NDS |
| ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG | 3 | QL (60 por 30 días) |
| ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG | 3 | QL (74 por 30 días) |
| <i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i> | 2 | NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i> | 2 | NDS; QL (48 por 30 días) |
| <i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i> | 2 | NDS; QL (18 por 30 días) |
| <i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i> | 2 | NDS; QL (24 por 30 días) |
| <i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i> | 2 | NDS; QL (36 por 30 días) |
| <i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i> | 5 | NDS; QL (24 por 30 días) |
| <i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i> | 2 | NDS; QL (15 por 30 días) |
| <i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i> | 5 | NDS; QL (12 por 30 días) |
| <i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i> | 5 | NDS; QL (18 por 30 días) |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i> | 2 | 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> | 1 | |
| <i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml</i> | 2 | QL (600 por 30 días) |
| <i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i> | 2 | |
| <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> | 1 | |
| XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9) | 3 | NDS |
| XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML | 3 | QL (600 por 30 días) |
| XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG | 3 | QL (30 por 30 días) |
| XARELTO ORAL TABLET 15 MG | 3 | QL (60 por 30 días) |
| XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG | 3 | ST; QL (60 por 30 días) |
| Modificadores de Formación de Sangre | | |
| ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG | 5 | PA; NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg</i> | 5 | PA; NDS; QL (90 por 30 días) |
| <i>eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg</i> | 5 | PA; NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg</i> | 5 | PA; NDS; QL (90 por 30 días) |
| <i>eltrombopag olamine oral tablet 25 mg</i> | 5 | PA; NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg</i> | 5 | PA; NDS; QL (60 por 30 días) |
| HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT | 5 | PA; NDS; QL (30 por 30 días) |
| HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT | 5 | PA; NDS; QL (20 por 30 días) |
| NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML | 5 | PA; NDS |
| NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML | 5 | PA; NDS |
| NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML | 5 | PA; NDS |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML | 3 | PA; QL (12 por 28 días) |
| RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML | 3 | PA; QL (4 por 28 días) |
| UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML | 5 | PA; NDS |
| Agentes Hematológicos, Diversos | | |
| <i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i> | 2 | |
| <i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i> | 2 | |
| Inhibidores de la Agregación Plaquetaria | | |
| <i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i> | 2 | |
| BRILINTA ORAL TABLET 90 MG | 3 | |
| <i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> | 1 | |
| <i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> | 2 | PA; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i> | 2 | |
| <i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |
| <i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i> | 2 | |
| Agentes Calóricos | | |
| Agentes Calóricos | | |
| CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 % | 4 | PA BvD; NDS |
| CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 % | 4 | PA BvD; NDS |
| CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 % | 4 | PA BvD; NDS |
| CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 % | 4 | 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 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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 % | 4 | PA BvD; NDS |
| <i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i> | 2 | NDS |
| PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 % | 4 | PA BvD; NDS |
| Agentes Cardiovasculares | | |
| Agentes Alfa-Adrenérgicos | | |
| <i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i> | 1 | |
| <i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr</i> | 2 | |
| <i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> | 1 | |
| <i>droxidopa oral capsule 100 mg</i> | 2 | PA; QL (180 por 30 días) |
| <i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i> | 5 | PA; NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> | 2 | |
| <i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| Antagonistas del Receptor de Angiotensina II | | |
| <i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> | 1 | |
| <i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> | 1 | |
| ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG | 3 | QL (60 por 30 días) |
| ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLETT 15-16 MG, 6-6 MG | 3 | QL (240 por 30 días) |
| <i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> | 1 | |
| <i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> | 1 | |
| <i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 1 | |
| <i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> | 1 | |
| <i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> | 1 | |
| <i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i> | 1 | |
| <i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> | 1 | |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| <i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> | 1 | |
| <i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> | 1 | |
| <i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> | 1 | |
| <i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> | 1 | |
| Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina | | |
| <i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> | 1 | |
| <i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i> | 1 | |
| <i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 1 | |
| <i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> | 1 | |
| <i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i> | 1 | |
| <i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> | 1 | |
| <i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i> | 1 | |
| <i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> | 1 | |
| <i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> | 1 | |
| <i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i> | 1 | |
| <i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> | 1 | |
| <i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> | 1 | |
| <i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> | 1 | |
| <i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> | 1 | |
| <i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> | 1 | |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i> | 1 | |
| Agentes Antiarrítmicos | | |
| <i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> | 2 | |
| <i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> | 2 | |
| <i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| MULTAQ ORAL TABLET 400 MG | 3 | |
| <i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> | 2 | |
| <i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i> | 2 | |
| <i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i> | 2 | |
| <i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i> | 2 | |
| Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos | | |
| <i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> | 2 | |
| <i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 1 | |
| <i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i> | 2 | |
| <i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i> | 2 | |
| <i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> | 1 | |
| <i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> | 2 | |
| <i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 1 | |
| <i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 50-25 mg</i> | 4 | |
| <i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i> | 1 | |
| <i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> | 2 | |
| <i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> | 2 | |
| <i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> | 2 | |
| <i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> | 2 | |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| <i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> | 2 | |
| <i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> | 4 | |
| Agentes bloqueantes de los Canales de Calcio | | |
| <i>cartia xt oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> | 2 | |
| <i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i> | 4 | |
| <i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 180 mg, 360 mg, 420 mg</i> | 2 | |
| <i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> | 2 | |
| <i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> | 2 | |
| <i>dilt-xr oral capsule, ext. rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> | 2 | |
| <i>taztia xt oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> | 2 | |
| <i>tiadylt er oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> | 2 | |
| <i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> | 2 | |
| <i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i> | 4 | |
| <i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i> | 1 | |
| <i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> | 2 | |
| Agentes Cardiovasculares, Diversos | | |
| CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML | 4 | QL (600 por 30 días) |
| <i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i> | 2 | NDS |
| <i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> | 2 | |
| <i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i> | 3 | NDS; QL (4 por 30 días) |
| <i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i> | 2 | NDS; QL (4 por 30 días) |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| <i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 1 | |
| <i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> | 5 | PA; NDS; QL (18 por 30 días) |
| <i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> | 3 | QL (60 por 30 días) |
| <i>metyrosine oral capsule 250 mg</i> | 5 | NDS |
| <i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| <i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i> | 2 | QL (120 por 30 días) |
| VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG | 4 | PA; QL (30 por 30 días) |
| Dihidropiridinas | | |
| <i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> | 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> | 1 | |
| <i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> | 1 | |
| <i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> | 1 | |
| <i>amlodipine-valsartan-hcthiazid 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> | 1 | |
| <i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> | 2 | |
| <i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> | 2 | |
| Diuréticos | | |
| <i>amiloride oral tablet 5 mg</i> | 1 | |
| <i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i> | 2 | |
| <i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> | 2 | |
| <i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i> | 1 | NDS |
| <i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i> | 1 | NDS |
| <i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i> | 2 | |
| <i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> | 1 | |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i> | 1 | |
| <i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 1 | |
| <i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i> | 1 | |
| JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG | 5 | PA; NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 1 | |
| <i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i> | 2 | |
| <i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet 15 mg, 30 mg</i> | 5 | PA; NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablets, sequential 15 mg (am)/ 15 mg (pm), 30 mg (am)/ 15 mg (pm), 45 mg (am)/ 15 mg (pm), 60 mg (am)/ 30 mg (pm), 90 mg (am)/ 30 mg (pm)</i> | 5 | PA; NDS; QL (56 por 28 días) |
| <i>tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg</i> | 5 | PA; NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i> | 1 | |
| <i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i> | 1 | |
| <i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i> | 1 | |
| Dislipídicos | | |
| <i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg</i> | 1 | |
| <i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i> | 1 | QL (30 por 30 días) |
| <i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> | 1 | QL (30 por 30 días) |
| <i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i> | 2 | |
| <i>cholestyramine oral powder in packet 4 gram</i> | 2 | |
| <i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i> | 4 | |
| <i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> | 2 | |
| <i>colestipol oral packet 5 gram</i> | 2 | |
| <i>colestipol oral tablet 1 gram</i> | 2 | |
| <i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| <i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i> | 1 | QL (30 por 30 días) |
| <i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i> | 2 | |
| <i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i> | 2 | |
| <i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i> | 2 | |
| <i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i> | 1 | QL (60 por 30 días) |
| <i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i> | 1 | |
| <i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> | 2 | |
| <i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i> | 2 | QL (240 por 30 días) |
| <i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i> | 2 | QL (120 por 30 días) |
| <i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> | 1 | |
| NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG | 3 | ST; QL (30 por 30 días) |
| NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG | 3 | ST; QL (30 por 30 días) |
| <i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg</i> | 2 | |
| <i>niacin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i> | 4 | |
| <i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> | 2 | ST; QL (120 por 30 días) |
| <i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |
| <i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i> | 1 | |
| <i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i> | 1 | QL (30 por 30 días) |
| <i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> | 2 | |
| REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML | 3 | ST; QL (7 por 28 días) |
| REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML | 3 | ST; QL (6 por 28 días) |
| REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML | 3 | ST; QL (6 por 28 días) |
| <i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> | 1 | QL (30 por 30 días) |
| <i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i> | 1 | QL (30 por 30 días) |
| Inhibidores del Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona | | |
| <i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> | 1 | |
| <i>epplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> | 2 | |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG | 3 | PA; QL (30 por 30 días) |
| Vasodilatadores | | |
| <i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i> | 2 | |
| <i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> | 1 | |
| <i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i> | 2 | |
| <i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> | 2 | |
| <i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> | 2 | |
| Agentes del Sistema Nervioso Central | | |
| Agentes del Sistema Nervioso Central | | |
| <i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| <i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |
| AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG | 5 | PA; NDS; QL (120 por 30 días) |
| AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG | 5 | PA; NDS; QL (60 por 30 días) |
| AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG | 5 | PA; NDS; QL (90 por 30 días) |
| AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG | 5 | PA; NDS; QL (60 por 30 días) |
| AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG | 5 | PA; NDS; QL (30 por 30 días) |
| AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG | 5 | PA; NDS; QL (210 por 30 días) |
| AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG, 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) | 5 | PA; NDS |
| AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML | 5 | PA; NDS; QL (1 por 28 días) |
| AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML | 5 | PA; NDS; QL (1 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 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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG | 5 | PA; NDS; QL (15 por 30 días) |
| <i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i> | 2 | PA; QL (60 por 30 días) |
| <i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |
| <i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| <i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| <i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg</i> | 2 | PA; QL (14 por 7 días) |
| <i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i> | 2 | PA; NDS |
| <i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg</i> | 5 | PA; NDS; QL (60 por 30 días) |
| <i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i> | 5 | PA; NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> | 5 | PA; NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> | 5 | PA; NDS; QL (12 por 28 días) |
| <i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> | 5 | PA; NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> | 5 | PA; NDS; QL (12 por 28 días) |
| <i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> | 2 | |
| INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) | 5 | PA; NDS |
| INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG | 5 | PA; NDS; QL (30 por 30 días) |
| INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG | 5 | PA; NDS; QL (30 por 30 días) |
| KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML | 5 | PA; NDS; QL (1.2 por 28 días) |
| <i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> | 1 | |
| <i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i> | 1 | |
| <i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i> | 2 | |
| <i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i> | 2 | |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG | 5 | PA; NDS |
| MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG | 5 | PA; NDS |
| MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG | 5 | PA; NDS |
| MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG | 5 | PA; NDS |
| MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG | 5 | PA; NDS |
| MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG | 5 | PA; NDS |
| MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG | 5 | PA; NDS |
| MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG | 5 | PA; NDS; QL (112 por 28 días) |
| MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG | 5 | PA; NDS; QL (30 por 30 días) |
| MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS) | 3 | PA; NDS |
| MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS) | 5 | PA; NDS |
| <i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> | 2 | QL (900 por 30 días) |
| <i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> | 2 | QL (90 por 30 días) |
| PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML | 5 | PA; NDS; QL (1 por 28 días) |
| PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML | 5 | PA; NDS |
| PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML | 5 | PA; NDS; QL (1 por 28 días) |
| PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML | 5 | PA; NDS |
| <i>riluzole oral tablet 50 mg</i> | 2 | |
| <i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i> | 2 | PA; QL (112 por 28 días) |
| <i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i> | 5 | PA; NDS; QL (112 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 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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG | 5 | PA; NDS; QL (120 por 30 días) |
| Anticonceptivos | | |
| Anticonceptivos | | |
| <i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | 2 | |
| <i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i> | 2 | |
| <i>amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)</i> | 2 | |
| <i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | 2 | |
| <i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> | 2 | |
| <i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> | 2 | |
| <i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> | 2 | |
| <i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | 2 | |
| <i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> | 2 | |
| <i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> | 2 | |
| <i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> | 2 | |
| <i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> | 2 | |
| <i>camila oral tablet 0.35 mg</i> | 2 | |
| <i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | 2 | |
| <i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i> | 2 | |
| <i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | 2 | |
| <i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> | 2 | |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i> | 2 | |
| <i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i> | 2 | |
| <i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> | 2 | |
| <i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | 2 | |
| <i>dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)</i> | 2 | |
| <i>elimest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> | 2 | QL (1 por 28 días) |
| <i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i> | 2 | |
| <i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> | 4 | QL (1 por 28 días) |
| <i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> | 2 | |
| <i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | 2 | |
| <i>errin oral tablet 0.35 mg</i> | 2 | |
| <i>estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg</i> | 2 | |
| <i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> | 2 | QL (1 por 28 días) |
| <i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> | 2 | |
| <i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> | 1 | |
| <i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> | 2 | |
| <i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> | 2 | |
| <i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> | 2 | |
| <i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> | 2 | QL (1 por 28 días) |
| <i>heather oral tablet 0.35 mg</i> | 2 | |
| <i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> | 2 | QL (91 por 84 días) |
| <i>incassia oral tablet 0.35 mg</i> | 2 | |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| <i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | 2 | |
| <i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i> | 1 | |
| <i>jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> | 4 | QL (91 por 84 días) |
| <i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | 2 | |
| <i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> | 2 | |
| <i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> | 2 | |
| <i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> | 2 | |
| <i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> | 2 | |
| <i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | 2 | |
| KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG | 4 | |
| <i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> | 2 | |
| <i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> | 2 | |
| <i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> | 2 | |
| <i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> | 2 | |
| <i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i> | 4 | |
| <i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28)</i> | 2 | |
| <i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> | 2 | QL (91 por 84 días) |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> | 2 | |
| <i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | 2 | |
| LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG | 3 | |
| <i>lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | 1 | |
| <i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>luizza oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>lutura (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i> | 2 | |
| <i>lyza oral tablet 0.35 mg</i> | 2 | |
| <i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | 2 | |
| <i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>microgestin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> | 2 | |
| <i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> | 2 | |
| <i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> | 2 | |
| <i>mili oral tablet 0.25-0.035 mg</i> | 2 | |
| MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG | 4 | |
| <i>mono-linyah oral tablet 0.25-0.035 mg</i> | 1 | |
| NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG | 3 | NDS |
| <i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> | 2 | QL (3 por 28 días) |
| <i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i> | 2 | |
| <i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> | 2 | |
| <i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28), 0.25-0.035 mg</i> | 2 | |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| <i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i> | 1 | |
| <i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i> | 2 | |
| <i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i> | 2 | |
| <i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i> | 2 | |
| <i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>orquidea oral tablet 0.35 mg</i> | 2 | |
| <i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> | 2 | |
| <i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg, 1-35 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | 2 | |
| <i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> | 1 | |
| <i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | 2 | |
| <i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> | 2 | QL (91 por 84 días) |
| <i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i> | 2 | |
| <i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> | 2 | |
| SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG | 4 | |
| <i>sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg</i> | 2 | |
| <i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> | 2 | |
| <i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> | 2 | |
| <i>tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> | 2 | |
| <i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> | 1 | |
| <i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> | 2 | |
| <i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> | 2 | |
| <i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> | 2 | |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> | 2 | |
| <i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> | 2 | |
| <i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> | 2 | |
| <i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> | 2 | |
| <i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> | 2 | |
| <i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> | 2 | |
| <i>tri-previfem (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> | 1 | |
| <i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> | 2 | |
| <i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> | 2 | |
| <i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> | 2 | |
| <i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> | 2 | |
| <i>turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>valtya oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> | 2 | |
| <i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> | 2 | |
| <i>vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg</i> | 2 | |
| <i>xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> | 2 | |
| <i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> | 2 | QL (3 por 28 días) |
| <i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> | 2 | QL (3 por 28 días) |
| <i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> | 2 | |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> | 2 | |
| Agentes Dentales Y Orales | | |
| Agentes Dentales Y Orales | | |
| <i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> | 4 | |
| <i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> | 1 | NDS |
| <i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i> | 1 | |
| <i>dentagel dental gel 1.1 %</i> | 1 | |
| <i>fluoride (sodium) dental gel 1.1 %</i> | 1 | |
| <i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i> | 1 | |
| <i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> | 1 | NDS |
| <i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg</i> | 2 | |
| <i>pilocarpine hcl oral tablet 7.5 mg</i> | 4 | |
| <i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i> | 1 | |
| <i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i> | 1 | |
| <i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i> | 2 | NDS |
| Agentes Dermatológicos | | |
| Agentes Dermatológicos, Otros | | |
| <i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>acyclovir topical ointment 5 %</i> | 4 | NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>ammonium lactate topical cream 12 %</i> | 2 | NDS |
| <i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> | 2 | NDS |
| <i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i> | 2 | NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i> | 2 | NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i> | 2 | NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>fluorouracil topical cream 5 %</i> | 2 | NDS |
| <i>fluorouracil topical solution 2 %</i> | 2 | NDS |
| <i>fluorouracil topical solution 5 %</i> | 4 | NDS |
| <i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i> | 2 | NDS; QL (24 por 30 días) |
| KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 % | 5 | ST; NDS; QL (5 por 5 días) |
| <i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i> | 5 | NDS |
| PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 % | 5 | NDS; QL (60 por 28 días) |
| <i>podofilox topical solution 0.5 %</i> | 2 | NDS |
| SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM | 4 | NDS; QL (180 por 30 días) |
| VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 % | 5 | PA NSO; NDS |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> | 2 | NDS |
| Antibacterianos Dermatológicos | | |
| <i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i> | 2 | NDS; QL (180 por 30 días) |
| <i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> | 2 | NDS |
| <i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %</i> | 4 | NDS |
| <i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i> | 2 | NDS |
| <i>gentamicin topical cream 0.1 %</i> | 2 | NDS; QL (90 por 30 días) |
| <i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i> | 2 | NDS; QL (120 por 30 días) |
| <i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> | 2 | NDS |
| <i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> | 2 | NDS |
| <i>metronidazole topical gel 1 %</i> | 4 | NDS |
| <i>mupirocin topical ointment 2 %</i> | 1 | NDS; QL (220 por 30 días) |
| <i>rosadan topical cream 0.75 %</i> | 2 | NDS |
| <i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i> | 2 | NDS |
| <i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> | 2 | NDS |
| <i>ssd topical cream 1 %</i> | 4 | NDS |
| Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos | | |
| <i>ala-cort topical cream 1 %</i> | 2 | NDS |
| <i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i> | 2 | NDS |
| <i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i> | 2 | NDS |
| <i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i> | 2 | NDS |
| <i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i> | 2 | NDS |
| <i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i> | 2 | NDS |
| <i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i> | 2 | NDS |
| <i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i> | 2 | NDS |
| <i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i> | 2 | NDS |
| <i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i> | 2 | NDS |
| <i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i> | 2 | NDS |
| <i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i> | 2 | NDS |
| <i>clobetasol topical cream 0.05 %</i> | 2 | NDS |
| <i>clobetasol topical gel 0.05 %</i> | 4 | NDS |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| <i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i> | 4 | NDS |
| <i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i> | 2 | NDS |
| <i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> | 2 | NDS |
| <i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i> | 2 | NDS |
| <i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i> | 4 | NDS |
| EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 % | 3 | NDS |
| <i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i> | 2 | NDS |
| <i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> | 2 | NDS |
| <i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i> | 2 | NDS |
| <i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i> | 2 | NDS |
| <i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i> | 2 | NDS |
| <i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i> | 2 | NDS |
| <i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i> | 2 | NDS |
| <i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i> | 2 | NDS |
| <i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i> | 2 | NDS |
| <i>hydrocortisone 2.5% cream</i> | 2 | NDS |
| <i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> | 2 | NDS |
| <i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> | 2 | NDS |
| <i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i> | 2 | NDS |
| <i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i> | 1 | NDS |
| <i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i> | 2 | NDS |
| <i>mometasone topical cream 0.1 %</i> | 2 | NDS |
| <i>mometasone topical ointment 0.1 %</i> | 2 | NDS |
| <i>mometasone topical solution 0.1 %</i> | 2 | NDS |
| <i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> | 4 | NDS; QL (100 por 30 días) |
| <i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> | 2 | NDS |
| <i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> | 2 | NDS |
| <i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> | 2 | NDS |
| <i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i> | 2 | NDS; QL (100 por 30 días) |
| <i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i> | 1 | NDS |
| <i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i> | 2 | NDS |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 % , 0.1 % , 0.5 %</i> | 2 | NDS |
| Retinoides Dermatológicos | | |
| <i>adapalene topical cream 0.1 %</i> | 4 | NDS |
| ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 % | 4 | PA; NDS |
| <i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> | 2 | NDS |
| <i>tretinoin topical cream 0.025 % , 0.05 % , 0.1 %</i> | 2 | PA; NDS |
| Escabicidas y Pediculidas | | |
| <i>malathion topical lotion 0.5 %</i> | 4 | NDS |
| <i>permethrin topical cream 5 %</i> | 2 | NDS; QL (60 por 30 días) |
| Dispositivos | | |
| Dispositivos | | |
| 1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| 1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| 1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| 1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| 1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| 1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| 1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| ABOUTTIME PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |



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.

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16 | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED | 1 | PA; ST; NDS |
| ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED | 1 | PA; ST; NDS |
| ALCOHOL WIPES TOPICAL PADS, MEDICATED | 1 | PA; ST; NDS |
| AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| AUTOSHIELD DUO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 " | 2 | PA; ST |
| BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| BD INS SYR UF 0.3 ML 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| BD INS SYR UF 0.5 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" | 2 | PA; ST |
| BD LO-DOSE ULTRA-FINE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8" | 2 | PA; ST |
| BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| BD SINGLE USE SWAB | 1 | PA; ST; NDS |
| BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 " | 1 | PA; ST; NDS |
| CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD | 1 | PA; ST; NDS |
| CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ SYR 1 ML 27G 12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3" | 2 | PA; ST |
| COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6" | 2 | PA; ST |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 " | 1 | PA; ST; NDS |
| CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM | 1 | PA; ST; NDS |
| CURITY GAUZE PADS 2 X 2 " | 1 | PA; ST; NDS |
| CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 " | 1 | PA; ST; NDS |
| DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 " | 1 | PA; ST; NDS |
| DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 " | 1 | PA; ST; NDS |
| DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 " | 1 | PA; ST; NDS |
| DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS 0.3 ML 31G 8MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS SYR 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16 | 2 | PA; ST |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64" | 2 | PA; ST |
| DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM 29 GAUGE X 3/8" | 2 | PA; ST |
| DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS | 1 | PA; ST; NDS |
| DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

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



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD | 1 | PA; ST; NDS |
| EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16 | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT PEN NDL 29G 4MM 29 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G 8MM 1/2 ML 29 X5/16 " | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM 1 ML 29 GAUGE X 5/16 | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

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



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.

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

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML | 2 | PA; ST |
| EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 29 | 2 | PA; ST |
| EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE | 2 | PA; ST |
| EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16" | 2 | PA; ST |
| EXEL U100 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE | 2 | PA; ST |
| FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | 2 | PA; ST |
| GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " | 1 | PA; ST; NDS |
| GAUZE PADS 2"X2" STRL 2 X 2 " | 1 | PA; ST; NDS |
| GNP ALCOHOL SWAB STERILE, TWO PLY | 1 | PA; ST; NDS |
| GNP CLICKFINE 31G X 1/4" NDL 6MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| GNP CLICKFINE 31G X 5/16" NDL 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| GNP PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| GNP PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| GNP PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| GNP SIMPLI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| GNP ULT CMFRT 0.5 ML 29GX1/2" 1/2 ML 29 | 2 | PA; ST |
| GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 30 GAUGE | 2 | PA; ST |
| GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16" | 2 | PA; ST |
| GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30 | 2 | PA; ST |
| GS PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 | 2 | PA; ST |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS | 1 | PA; ST; NDS |
| INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN | 3 | |
| INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN | 3 | |
| INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| INSULIN SYR 0.5 ML 28G 12.7MM (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (RX) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE | 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29 | 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE | 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8" | 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 12.7MM (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE NEEDLELESS SYRINGE 1 ML | 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE | 2 | PA; ST |
| INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST; NDS |
| INSUMED SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM (RX) 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| IV ANTISEPTIC WIPES | 1 | PA; ST; NDS |
| KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD | 1 | PA; ST; NDS |
| LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 " | 1 | PA; ST; NDS |
| LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE | 2 | PA; ST |
| LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16" | 2 | PA; ST |
| LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | 2 | PA; ST |
| LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16" | 2 | PA; ST |
| MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

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



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16 | 2 | PA; ST |
| MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | 2 | PA; ST |
| MS INSULIN SYR 1 ML 31GX5/16" (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | 2 | PA; ST |
| MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 | 2 | PA; ST |
| NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| NANO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| NOVOFINE 30 NEEDLE | 2 | PA; ST |
| NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6" | 2 | PA; ST |
| NOVOTWIST NEEDLE 32 GAUGE X 1/5" | 2 | PA; ST |
| OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE | 3 | QL (10 por 30 días) |
| OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE | 3 | NDS; QL (1 por 365 días) |
| OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE | 3 | QL (10 por 30 días) |
| OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE | 3 | NDS; QL (1 por 365 días) |
| OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3) | 3 | QL (1 por 365 días) |
| OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE | 3 | QL (10 por 30 días) |
| OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE | 3 | NDS; QL (1 por 365 días) |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) | 3 | QL (1 por 365 días) |
| OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE | 3 | QL (10 por 30 días) |
| PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| PEN NEEDLE 31G X 1/4" HRI 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| PEN NEEDLE 6MM 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| PEN NEEDLES 5MM 31G 31GX5MM,STRL,MINI (OTC) 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| PREFPLS INS SYR 1 ML 30GX5/16" (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS | 1 | PA; ST; NDS |
| PRO COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS | 1 | PA; ST; NDS |
| PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32" | 2 | PA; ST |
| RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64" | 2 | PA; ST |
| RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |



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.

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

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS | 1 | PA; ST; NDS |
| SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16 | 2 | PA; ST |
| SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | 2 | PA; ST |
| SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS | 1 | PA; ST; NDS |
| TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |



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.

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8" | 2 | PA; ST |
| TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| 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" | 2 | PA; ST |
| TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8" | 2 | PA; ST |
| TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8" | 2 | PA; ST |
| TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8" | 2 | PA; ST |
| TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8" | 2 | PA; ST |
| THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" | 2 | PA; ST |
| THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8" | 2 | PA; ST |
| TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | 2 | PA; ST |
| TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS | 1 | PA; ST; NDS |
| TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS | 1 | PA; ST; NDS |
| TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |



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.

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

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| ULTICARE SAFETY 0.5 ML 29GX1/2 (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTICARE SYR 0.3 ML 29G 12.7MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| ULTIGUARD SAFEPAK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTILET ALCOHOL STERL SWAB | 1 | PA; ST; NDS |
| 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" | 2 | PA; ST |
| ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | 2 | PA; ST |
| ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE | 2 | PA; ST |
| ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE | 2 | PA; ST |
| ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | 2 | PA; ST |
| ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

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



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| ULTRA-FINE 0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTRA-FINE 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTRA-FINE PEN NDL 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTRA-FINE SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

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



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE SAFECONTROL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE SAFECONTROL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

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



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | 2 | PA; ST |
| VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 " | 1 | PA; ST; NDS |
| V-GO 20 DEVICE | 3 | QL (30 por 30 días) |
| V-GO 30 DEVICE | 3 | QL (30 por 30 días) |
| V-GO 40 DEVICE | 3 | QL (30 por 30 días) |
| WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE | 1 | PA; ST; NDS |
| Cofactores/Chaperonas Enzimáticas | | |
| Cofactores/Chaperonas Enzimáticas | | |
| MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG | 5 | PA; NDS; QL (90 por 30 días) |
| Reemplazo/Modificadores de Enzimas | | |
| Reemplazo/Modificadores de Enzimas | | |
| 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 | 3 | |
| <i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i> | 5 | PA; NDS |
| <i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> | 5 | PA; NDS |
| ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML | 5 | PA; NDS |
| PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML | 5 | PA BvD; NDS |
| REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) | 5 | PA; NDS |
| <i>sapropterin oral tablet,soluble 100 mg</i> | 5 | PA; NDS |
| STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML | 5 | PA; LA; NDS |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| 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 | 3 | |

Agentes para Ojos, Oídos, Nariz y Garganta

Agentes para Ojos, Oídos, Nariz y Garganta, Diversos

| | | |
|--|---|--------------------------|
| <i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> | 2 | |
| <i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| <i>azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i> | 2 | QL (30 por 25 días) |
| <i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> | 2 | NDS |
| <i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i> | 2 | NDS |
| <i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> | 4 | NDS |
| <i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i> | 2 | QL (30 por 28 días) |
| <i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i> | 2 | NDS; QL (15 por 10 días) |
| MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 % | 3 | NDS; QL (12 por 28 días) |
| <i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.2 %</i> | 2 | NDS |

Agentes Antiinfecciosos para Ojos, Oídos, Nariz y Garganta

| | | |
|--|---|--------------------------|
| <i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i> | 2 | NDS |
| <i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i> | 2 | NDS |
| <i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> | 2 | NDS |
| <i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> | 2 | NDS |
| <i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i> | 2 | NDS; QL (7.5 por 7 días) |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| <i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i> | 2 | NDS; QL (3.5 por 4 días) |
| <i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i> | 2 | NDS |
| <i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> | 2 | NDS |
| <i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i> | 2 | NDS |
| <i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> | 2 | NDS |
| NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % | 4 | NDS |
| <i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> | 2 | NDS |
| <i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> | 2 | NDS |
| <i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i> | 2 | NDS |
| <i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i> | 2 | NDS |
| <i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i> | 2 | NDS |
| <i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i> | 2 | NDS |
| <i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i> | 2 | NDS |
| <i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> | 2 | NDS |
| <i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> | 2 | NDS |
| <i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> | 2 | NDS |
| <i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i> | 2 | NDS |
| <i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> | 2 | NDS |
| <i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i> | 1 | NDS |
| <i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i> | 2 | NDS |
| <i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i> | 2 | NDS |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i> | 2 | NDS |
| <i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> | 1 | NDS |
| <i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i> | 2 | NDS |
| <i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> | 4 | NDS |
| XDEMVIY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % | 5 | PA; NDS; QL (10 por 42 días) |
| ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 % | 4 | NDS |
| ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 % | 3 | NDS |
| Agentes Antiinflamatorios para Ojos, Oídos, Nariz y Garganta | | |
| <i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %, 0.075 %</i> | 2 | NDS |
| <i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| <i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> | 2 | NDS |
| <i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> | 2 | NDS |
| <i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> | 4 | NDS |
| EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % | 3 | NDS; QL (8.3 por 14 días) |
| <i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i> | 4 | QL (50 por 25 días) |
| <i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i> | 2 | NDS |
| <i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i> | 2 | NDS |
| <i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i> | 2 | NDS |
| <i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i> | 1 | QL (16 por 30 días) |
| ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 % | 3 | NDS |
| INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % | 3 | NDS; QL (5.6 por 14 días) |
| <i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> | 2 | NDS; QL (10 por 25 días) |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 % | 3 | NDS; QL (3.5 por 14 días) |
| LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 % | 3 | NDS; QL (5 por 16 días) |
| <i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i> | 4 | NDS; QL (10 por 14 días) |
| <i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i> | 2 | ST; NDS |
| <i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i> | 4 | NDS; QL (15 por 19 días) |
| <i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i> | 4 | QL (34 por 30 días) |
| <i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> | 4 | NDS |
| XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 % | 3 | QL (60 por 30 días) |
| Agentes Gastrointestinales | | |
| Agentes Antiulcerosos Y Supresores de Ácido | | |
| <i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i> | 4 | NDS |
| <i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |
| <i>esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| <i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i> | 4 | ST; QL (30 por 30 días) |
| <i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i> | 4 | ST; QL (60 por 30 días) |
| <i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i> | 1 | |
| <i>lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |
| <i>lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| <i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> | 2 | |
| <i>omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> | 1 | |
| <i>pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg</i> | 1 | QL (30 por 30 días) |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i> | 1 | QL (60 por 30 días) |
| <i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |
| <i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> | 2 | |
| VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG | 4 | PA; NDS |
| Agentes Gastrointestinales, Otros | | |
| <i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> | 5 | PA; NDS |
| <i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> | 2 | |
| <i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i> | 2 | PA; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i> | 2 | PA; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i> | 2 | PA; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> | 2 | PA; NDS; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> | 2 | |
| <i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> | 2 | |
| <i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i> | 2 | |
| <i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> | 2 | |
| LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG | 3 | QL (30 por 30 días) |
| LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM | 3 | |
| <i>loperamide oral capsule 2 mg</i> | 2 | |
| <i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| <i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> | 1 | NDS |
| MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG | 3 | NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram</i> | 2 | NDS |
| <i>sodium polystyrene sulfonate oral suspension 15 gram/60 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> | 5 | NDS |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| <i>ursodiol oral capsule 300 mg</i> | 2 | |
| <i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i> | 2 | |
| VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM | 3 | |
| XERMELO ORAL TABLET 250 MG | 5 | PA; NDS; QL (84 por 28 días) |
| Laxantes | | |
| <i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i> | 2 | NDS |
| <i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> | 2 | NDS |
| <i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i> | 2 | NDS |
| <i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> | 2 | NDS |
| <i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i> | 2 | 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> | 2 | NDS |
| Quelantes de Fosfato | | |
| <i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i> | 2 | |
| <i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i> | 2 | |
| <i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> | 2 | |
| <i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> | 2 | |
| <i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i> | 2 | |
| Agentes Genitourinarios | | |
| Antiespasmódicos, Urinarios | | |
| <i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> | 2 | |
| <i>flavoxate oral tablet 100 mg</i> | 2 | |
| MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG | 2 | |
| <i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i> | 2 | |
| <i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> | 2 | |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| <i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i> | 1 | |
| <i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i> | 2 | |
| <i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> | 2 | |
| <i>tropium oral tablet 20 mg</i> | 2 | |
| Agentes Genitourinarios, Diversos | | |
| <i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |
| <i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> | 2 | |
| <i>finasteride oral tablet 5 mg</i> | 1 | |
| <i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i> | 1 | |
| <i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> | 1 | |
| Antagonistas de Metales Pesados | | |
| Antagonistas de Metales Pesados | | |
| <i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> | 5 | PA; NDS |
| <i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> | 2 | PA |
| <i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> | 5 | PA; NDS |
| <i>trientine oral capsule 250 mg</i> | 5 | PA; NDS; QL (240 por 30 días) |
| Agentes Hormonales, Estimulantes/de Reemplazo/Modificadores | | |
| Andrógenos | | |
| <i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i> | 2 | PA |
| <i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i> | 2 | PA |
| <i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i> | 2 | PA; NDS; QL (5 por 28 días) |
| <i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i> | 4 | PA; QL (300 por 30 días) |
| <i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i> | 4 | PA; QL (150 por 30 días) |
| <i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i> | 4 | PA; QL (300 por 30 días) |
| Estrógenos Y Antiestrógenos | | |
| <i>abigale oral tablet 1-0.5 mg</i> | 2 | PA; 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 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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| <i>conjugated estrogens oral tablet 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg</i> | 2 | |
| <i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> | 1 | |
| <i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> | 2 | QL (8 por 28 días) |
| <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> | 2 | QL (4 por 28 días) |
| <i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> | 2 | |
| <i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> | 4 | QL (18 por 28 días) |
| <i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i> | 2 | PA; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> | 2 | PA; AGE (Máx. 64 Años) |
| PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM | 3 | |
| PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/0.625MG-5MG(14) | 3 | PA; AGE (Máx. 64 Años) |
| PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG | 3 | PA; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> | 2 | |
| <i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i> | 4 | QL (18 por 28 días) |
| Glucocorticoides/Mineralocorticoides | | |
| <i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i> | 1 | NDS |
| <i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i> | 2 | |
| <i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i> | 2 | NDS |
| <i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i> | 1 | NDS |
| <i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i> | 2 | PA BvD; NDS |
| <i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i> | 2 | PA BvD; NDS |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> | 2 | PA BvD; NDS |
| <i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i> | 2 | PA BvD; NDS |
| <i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i> | 1 | PA BvD; NDS |
| <i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i> | 2 | NDS |
| <i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> | 2 | NDS |
| Pituitaria | | |
| CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML | 5 | PA; NDS; QL (35 por 28 días) |
| <i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i> | 2 | |
| <i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i> | 2 | |
| <i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> | 2 | |
| INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML | 5 | PA; NDS |
| <i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i> | 5 | PA NSO; NDS; QL (0.5 por 28 días) |
| LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG | 5 | PA NSO; NDS |
| LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG | 5 | PA NSO; NDS |
| LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG | 5 | PA; NDS |
| LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG | 5 | PA; NDS |
| NORDITROPIN FLEXPPO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) | 5 | PA; NDS |
| <i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml</i> | 5 | NDS |
| <i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i> | 4 | |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG | 5 | PA NSO; NDS |
| ORILISSA ORAL TABLET 150 MG | 5 | PA; NDS; QL (28 por 28 días) |
| ORILISSA ORAL TABLET 200 MG | 5 | PA; NDS; QL (56 por 28 días) |
| SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG | 5 | PA; NDS |
| SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) | 5 | PA; NDS; QL (60 por 30 días) |
| SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML | 5 | PA NSO; NDS; QL (0.2 por 28 días) |
| SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML | 5 | PA NSO; NDS; QL (0.3 por 28 días) |
| SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG | 5 | PA; NDS |
| Progestinas | | |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML | 3 | QL (0.65 por 84 días) |
| <i>gallifrey oral tablet 5 mg</i> | 2 | |
| <i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> | 2 | QL (1 por 84 días) |
| <i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> | 2 | QL (1 por 84 días) |
| <i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> | 1 | |
| <i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i> | 2 | PA NSO; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> | 2 | |
| <i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> | 2 | |
| 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> | 1 | |
| <i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> | 2 | |
| <i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i> | 1 | |
| <i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i> | 2 | |
| REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG | 5 | PA; NDS |
| Agentes Inmunológicos | | |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| Agentes Inmunológicos | | |
| ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG | 5 | PA; NDS |
| ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG | 4 | PA BvD |
| ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 5 MG | 5 | PA BvD; NDS |
| <i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> | 2 | PA BvD |
| <i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i> | 2 | PA BvD; NDS |
| BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML | 5 | PA; NDS; QL (8 por 28 días) |
| BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML | 5 | PA; NDS; QL (8 por 28 días) |
| BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML | 5 | PA NSO; NDS; QL (2 por 28 días) |
| CIMZIA 200 MG/ML SYRINGE KIT | 5 | PA; NDS |
| CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) | 5 | PA; NDS |
| CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) | 5 | PA; NDS |
| CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) | 5 | PA; NDS |
| COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML | 5 | PA; NDS |
| COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML | 5 | PA; NDS |
| COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML | 5 | PA; NDS |
| COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML | 5 | PA; NDS |
| <i>cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml</i> | 2 | PA BvD; NDS |
| <i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | PA BvD |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| <i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i> | 2 | PA BvD |
| <i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i> | 2 | PA BvD |
| CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML | 5 | PA; NDS |
| CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML | 5 | PA; NDS |
| CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML | 5 | PA; NDS |
| CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML | 5 | PA; NDS |
| DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML | 5 | PA; NDS |
| DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML | 5 | PA; NDS |
| ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) | 5 | PA; NDS |
| ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML) | 5 | PA; NDS |
| ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML | 5 | PA; NDS |
| ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) | 5 | PA; NDS |
| ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) | 5 | PA; NDS |
| <i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg</i> | 2 | PA BvD |
| <i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i> | 5 | PA BvD; NDS |
| GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %) | 5 | PA BvD; NDS |
| <i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> | 2 | PA BvD |
| <i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i> | 2 | PA BvD |
| HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML | 5 | PA; NDS; Solo los NDC que comienzan con 00074 |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML | 5 | PA; NDS; Solo los NDC que comienzan con 00074 |
| HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML | 5 | PA; NDS; Solo los NDC que comienzan con 00074 |
| HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML | 5 | PA; NDS; Solo los NDC que comienzan con 00074 |
| HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML | 5 | PA; NDS; Solo los NDC que comienzan con 00074 |
| HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML | 5 | PA; NDS; Solo los NDC que comienzan con 00074 |
| HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML | 5 | PA; NDS; Solo los NDC que comienzan con 00074 |
| HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML | 5 | PA; NDS; Solo los NDC que comienzan con 00074 |
| HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML | 5 | PA; NDS; Solo los NDC que comienzan con 00074 |
| HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML | 5 | PA; NDS; Solo los NDC que comienzan con 00074 |
| <i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i> | 5 | PA; NDS |
| KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML | 5 | PA; NDS |
| <i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> | 2 | |
| <i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i> | 2 | PA BvD; NDS |
| <i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i> | 2 | PA BvD |
| <i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i> | 5 | PA BvD; NDS |
| <i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i> | 2 | PA BvD |
| <i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i> | 4 | PA BvD |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|---|--|
| NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML | 5 | PA NSO; NDS |
| NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG | 5 | PA BvD; NDS |
| ORENCIA (WITH MALTOSÉ) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG | 5 | PA; NDS |
| ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML | 5 | PA; NDS |
| ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML | 5 | PA; NDS |
| OTÉZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG | 5 | PA; NDS |
| OTÉZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) | 5 | PA; NDS |
| OTÉZLA XR INITIATION ORAL TABLET AND TABLET ER DOSE PACK 10-20-30-75 MG | 5 | PA; NDS |
| OTÉZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 75 MG | 5 | PA; NDS |
| PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML | 4 | PA BvD; NDS |
| PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG | 4 | PA BvD |
| RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML | 4 | ST |
| REZUROCK ORAL TABLET 200 MG | 5 | PA NSO; NDS |
| RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML | 5 | PA; NDS; QL (360 por 30 días) |
| RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG | 5 | PA; NDS |
| SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML | 5 | PA; NDS |
| SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML | 3 | PA |
| SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML | 3 | PA |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML | 5 | PA; NDS |
| <i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i> | 2 | PA BvD |
| <i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> | 2 | PA BvD |
| SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML | 5 | PA; NDS |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML | 5 | PA; NDS |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML | 5 | PA; NDS |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2) | 5 | PA; NDS |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) | 5 | PA; NDS |
| <i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> | 2 | PA BvD |
| TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG | 5 | PA; NDS; QL (180 por 30 días) |
| TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML) | 5 | PA; NDS |
| TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML | 5 | PA; NDS |
| TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML | 5 | PA; NDS |
| TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML | 5 | PA; NDS |
| TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML | 5 | PA; NDS |
| TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML | 5 | PA; NDS |
| TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML) | 5 | PA; NDS |
| TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML | 5 | PA; NDS |
| <i>ustekinumab-aauz subcutaneous syringe 45 mg/0.5 ml, 90 mg/ml</i> | 3 | PA |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML | 5 | PA; NDS |
| XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG | 5 | PA; NDS |
| XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG | 5 | PA; NDS |
| YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML | 5 | PA; NDS |
| YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML | 3 | PA |
| YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML | 3 | PA |
| YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML | 5 | PA; NDS |
| YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML | 5 | PA; NDS |
| YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML | 5 | PA; NDS |
| YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML | 5 | PA; NDS |
| Vacunas | | |
| ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML | 3 | NDS |
| ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG | 3 | NDS; \$0 copago |
| BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML | 3 | NDS |
| DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML | 3 | NDS; QL (3 por 365 días) |
| ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML | 3 | PA BvD; NDS; \$0 copago |
| ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML | 3 | PA BvD; NDS; \$0 copago |
| ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML | 3 | PA BvD; NDS; \$0 copago |
| GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML | 3 | NDS |
| HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML | 3 | PA BvD; NDS; \$0 copago |
| HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML | 3 | NDS |
| IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT | 3 | PA BvD; NDS; \$0 copago |
| INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML | 3 | NDS |
| IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 | 3 | NDS; \$0 copago |
| KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML | 3 | NDS |
| MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML | 3 | NDS |
| PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML | 3 | NDS |
| PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) INTRAMUSCULAR KIT 0.5 ML | 3 | NDS |
| PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10-5 MCG | 3 | NDS |
| PENMENVY MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML | 3 | NDS |
| PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML | 3 | NDS |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 | 3 | NDS |
| QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML | 3 | NDS |
| QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML | 3 | NDS |
| RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT | 3 | PA BvD; NDS; \$0 copago |
| RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML | 3 | PA BvD; NDS; \$0 copago |
| RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML | 3 | PA BvD; NDS; \$0 copago |
| ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML | 3 | NDS |
| ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML | 3 | NDS |
| ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML | 3 | NDS |
| SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago; QL (2 por 365 días) |
| SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML | 3 | NDS; QL (2 por 365 días) |
| TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML | 3 | NDS |
| TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML | 3 | NDS |
| TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML | 3 | NDS |
| VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML | 3 | NDS |
| VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT | 3 | NDS; \$0 copago |
| VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML | 3 | NDS; \$0 copago |
| VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT | 3 | NDS; \$0 copago |
| 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) | 3 | NDS; \$0 copago |

Agentes de Enfermedades Inflamatorias del Intestino

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| Agentes de Enfermedades Inflamatorias del Intestino | | |
| <i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>alosetron oral tablet 1 mg</i> | 5 | NDS |
| <i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i> | 4 | NDS |
| <i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i> | 2 | NDS |
| <i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> | 2 | NDS |
| <i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i> | 2 | |
| <i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> | 4 | |
| <i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i> | 4 | QL (120 por 30 días) |
| <i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> | 2 | |
| <i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i> | 4 | |
| Agentes de Enfermedades Óseas Metabólicas | | |
| Agentes de Enfermedades Óseas Metabólicas | | |
| <i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i> | 4 | QL (300 por 28 días) |
| <i>alendronate oral tablet 10 mg</i> | 1 | QL (30 por 30 días) |
| <i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i> | 1 | QL (4 por 28 días) |
| <i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i> | 2 | |
| <i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i> | 2 | |
| <i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| <i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> | 2 | QL (120 por 30 días) |
| <i>ibandronate oral tablet 150 mg</i> | 2 | QL (1 por 28 días) |
| NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE | 5 | PA; NDS; QL (2 por 28 días) |
| OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) | 5 | PA; NDS |
| <i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i> | 4 | |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG | 5 | NDS; QL (60 por 30 días) |
| STOBOCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML | 3 | QL (1 por 180 días) |
| <i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)</i> | 5 | PA; NDS; QL (2.24 por 28 días) |
| TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) | 5 | PA; NDS; QL (1.56 por 30 días) |
| XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) | 5 | PA; NDS |

Diversos Agentes Terapéuticos

Diversos Agentes Terapéuticos

| | | |
|--|---|-------------------------------|
| ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML | 5 | PA; NDS |
| BAQSIMI NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION | 3 | NDS |
| <i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> | 5 | PA; NDS |
| <i>bupirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> | 2 | |
| <i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> | 5 | NDS |
| <i>glucagon emergency kit (human) injection recon soln 1 mg</i> | 3 | NDS |
| <i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i> | 5 | PA; NDS; QL (180 por 30 días) |
| GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML | 3 | NDS |
| GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML | 3 | NDS |
| GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML | 3 | NDS |
| <i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | PA; NDS; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>mesna oral tablet 400 mg</i> | 5 | NDS |
| <i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i> | 2 | NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> | 2 | |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (120 por 30 días) |
| THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (56 por 28 días) |
| THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG | 5 | PA NSO; NDS; QL (224 por 28 días) |
| TYBOST ORAL TABLET 150 MG | 3 | QL (30 por 30 días) |
| VEOZAH ORAL TABLET 45 MG | 4 | PA; QL (30 por 30 días) |
| VOWST ORAL CAPSULE 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL | 5 | PA; NDS; QL (12 por 30 días) |
| Agentes Oftálmico | | |
| Agentes para Tratar el Glaucoma | | |
| <i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i> | 2 | |
| <i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i> | 2 | |
| <i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i> | 2 | NDS |
| <i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> | 4 | |
| <i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> | 4 | |
| <i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %, 0.2 %</i> | 2 | |
| <i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i> | 4 | |
| <i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> | 2 | |
| <i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i> | 2 | |
| <i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i> | 2 | |
| <i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i> | 1 | QL (2.5 por 25 días) |
| <i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> | 2 | |
| LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 % | 3 | QL (2.5 por 25 días) |
| <i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i> | 4 | |
| <i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i> | 2 | |
| RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 % | 3 | QL (2.5 por 25 días) |



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.

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 % | 3 | QL (2.5 por 25 días) |
| SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 % | 3 | |
| <i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i> | 1 | |
| <i>timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> | 1 | |
| <i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i> | 4 | QL (2.5 por 25 días) |
| VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 % | 4 | QL (5 por 30 días) |

Preparaciones de Reemplazo

Preparaciones de Reemplazo

| | | |
|---|---|-----|
| <i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr intravenous parenteral solution</i> | 2 | NDS |
| <i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i> | 2 | NDS |
| <i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i> | 2 | NDS |
| <i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> | 2 | |
| <i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> | 2 | |
| <i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> | 2 | |
| <i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i> | 4 | NDS |
| <i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i> | 2 | NDS |
| <i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i> | 2 | NDS |
| <i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i> | 2 | |
| <i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i> | 4 | |
| <i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq, 8 meq</i> | 2 | |
| <i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq</i> | 2 | |
| <i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i> | 2 | |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i> | 2 | NDS |
| <i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i> | 2 | NDS |
| <i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i> | 2 | NDS |
| Agentes de las Vías Respiratoria | | |
| Antiinflamatorios, Corticoides Inhalados | | |
| ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION | 3 | QL (12 por 30 días) |
| AIRSUPRA 90-80 MCG INHALER 90-80 MCG/ACTUATION | 3 | QL (32.1 por 30 días) |
| ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION | 3 | QL (30 por 30 días) |
| BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE | 3 | QL (60 por 30 días) |
| <i>breyna inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i> | 4 | QL (30.9 por 30 días) |
| <i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i> | 2 | PA BvD; QL (120 por 30 días) |
| <i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i> | 4 | QL (30.6 por 30 días) |
| <i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i> | 4 | QL (12 por 30 días) |
| <i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i> | 4 | QL (24 por 30 días) |
| <i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i> | 4 | QL (21.2 por 30 días) |
| <i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> | 2 | QL (60 por 30 días) |
| Antileucotrienos | | |
| <i>montelukast oral tablet 10 mg</i> | 1 | |
| <i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i> | 4 | |
| Broncodilatadores | | |
| AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION | 3 | QL (32.1 por 30 días) |
| <i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i> | 2 | QL (17 por 30 días) |
| <i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i> | 2 | QL (13.4 por 30 días) |
| <i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i> | 4 | QL (36 por 30 días) |
| <i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml</i> | 2 | PA BvD |
| ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION | 3 | QL (60 por 30 días) |
| ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION | 4 | QL (25.8 por 28 días) |
| BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION | 3 | QL (10.7 por 30 días) |
| COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION | 3 | QL (8 por 30 días) |
| <i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i> | 2 | PA BvD |
| <i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i> | 2 | PA BvD; QL (540 por 30 días) |
| SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE | 3 | QL (60 por 30 días) |
| SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION | 3 | QL (4 por 30 días) |
| STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION | 3 | QL (4 por 30 días) |
| STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION | 3 | QL (4 por 28 días) |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i> | 2 | |
| <i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i> | 4 | |
| <i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i> | 2 | |
| <i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |
| TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG | 3 | QL (60 por 30 días) |
| Agentes de las Vías Respiratorias, Otros | | |
| <i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i> | 2 | PA BvD; NDS |
| ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG | 5 | PA; NDS; QL (60 por 30 días) |
| ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG | 5 | PA; NDS; QL (90 por 30 días) |
| BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG | 5 | NDS; QL (560 por 28 días) |
| <i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i> | 2 | PA BvD |
| FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML | 5 | PA; NDS; QL (1 por 28 días) |
| FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML | 5 | PA; NDS; QL (1 por 28 días) |
| KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG | 5 | PA; NDS; QL (56 por 28 días) |
| KALYDECO ORAL TABLET 150 MG | 5 | PA; NDS; QL (56 por 28 días) |
| NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML | 5 | PA; LA; NDS; QL (3 por 28 días) |
| NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG | 5 | PA; LA; NDS; QL (3 por 28 días) |
| NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML | 5 | PA; LA; NDS; QL (3 por 28 días) |
| NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML | 5 | PA; LA; NDS; QL (0.4 por 28 días) |
| OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG | 5 | PA; NDS; QL (60 por 30 días) |
| ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG | 5 | PA; NDS; QL (112 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 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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| <i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> | 5 | PA; NDS; QL (270 por 30 días) |
| <i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> | 5 | PA; NDS; QL (270 por 30 días) |
| <i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i> | 5 | PA; NDS; QL (90 por 30 días) |
| PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+-)/20 ML | 5 | PA BvD; NDS |
| <i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> | 2 | QL (28 por 28 días) |
| <i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> | 2 | QL (30 por 30 días) |
| TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) | 5 | PA; NDS; QL (56 por 28 días) |
| TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) | 5 | PA; NDS; QL (84 por 28 días) |
| WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 45 MG, 90 MG (45 MG X 2) | 5 | PA; NDS; QL (1 por 21 días) |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML | 5 | PA; NDS |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG | 5 | PA; NDS |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML | 5 | PA; NDS |
| Relajantes del Músculo Esquelético | | |
| Relajantes del Músculo Esquelético | | |
| <i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i> | 1 | PA; NDS; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 4 | |
| <i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i> | 2 | PA; NDS; AGE (Máx. 64 Años) |
| <i>tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg</i> | 2 | |
| Agentes para Trastornos del Sueño | | |
| Agentes para Trastornos del Sueño | | |
| <i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> | 2 | PA; QL (30 por 30 días) |
| BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG | 3 | NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> | 2 | NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>modafinil oral tablet 100 mg</i> | 2 | PA; QL (30 por 30 días) |
| <i>modafinil oral tablet 200 mg</i> | 2 | PA; QL (60 por 30 días) |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> | 5 | PA; LA; NDS; QL (540 por 30 días) |
| <i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i> | 2 | NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> | 1 | NDS; QL (30 por 30 días) |
| Agentes Vasodilatadores | | |
| Agentes Vasodilatadores | | |
| ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG | 5 | PA; NDS; QL (90 por 30 días) |
| <i>alyq oral tablet 20 mg</i> | 2 | PA; QL (60 por 30 días) |
| <i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> | 5 | PA; LA; NDS; QL (60 por 30 días) |
| OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG | 5 | PA; NDS; QL (30 por 30 días) |
| <i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> | 2 | PA; QL (360 por 30 días) |
| <i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> | 2 | PA; QL (30 por 30 días) |
| UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG | 5 | PA; NDS; QL (60 por 30 días) |
| UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG | 5 | PA; NDS; QL (240 por 30 días) |
| UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60) | 5 | PA; NDS |
| Vitaminas Y Minerales | | |
| Vitaminas Y Minerales | | |
| <i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i> | 1 | |
| <i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i> | 1 | |
| <i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i> | 1 | |
| <i>completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg</i> | 1 | |
| <i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i> | 1 | |
| <i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i> | 1 | |
| <i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i> | 1 | |
| <i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i> | 1 | |
| <i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i> | 1 | |
| <i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i> | 1 | |
| <i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i> | 1 | |
| <i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i> | 1 | |
| <i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i> | 1 | |
| <i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i> | 1 | |



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.

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|---|--|
| <i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i> | 1 | |
| <i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i> | 1 | |
| <i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i> | 1 | |
| <i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i> | 1 | |
| <i>pnv 29-1 oral tablet 29 mg iron- 1 mg</i> | 1 | |
| <i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i> | 1 | |
| <i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i> | 1 | |
| <i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i> | 1 | |
| <i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i> | 1 | |
| <i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i> | 1 | |
| <i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i> | 1 | |
| <i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i> | 1 | |
| <i>prenal true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg</i> | 1 | |
| <i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i> | 1 | |
| <i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i> | 1 | |
| <i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i> | 1 | |
| <i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i> | 1 | |
| <i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i> | 1 | |
| <i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i> | 1 | |
| <i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> | 1 | |
| <i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i> | 1 | |
| <i>preplus oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> | 1 | |
| <i>pretab oral tablet 29-1 mg</i> | 1 | |
| <i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i> | 1 | |
| <i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i> | 1 | |
| <i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i> | 1 | |
| <i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i> | 1 | |
| <i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i> | 1 | |
| <i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron- 1.2 mg-55 mg-265 mg</i> | 1 | |

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

Última Actualización: 24 de marzo de 2026

| Nombre del Medicamento | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>virt-c dha oral capsule 35-1-200 mg</i> | 1 | |
| <i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i> | 1 | |
| <i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i> | 1 | |
| <i>virt-pn plus oral capsule 28-1-300 mg</i> | 1 | |
| <i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i> | 1 | |
| <i>vitafol nano oral tablet 18 mg iron- 1 mg</i> | 1 | |
| <i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i> | 1 | |
| <i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i> | 1 | |
| <i>vp-pnv-dha oral capsule 28 mg iron- 1 mg-200 mg</i> | 1 | |
| <i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i> | 1 | |
| <i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i> | 1 | |
| <i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i> | 1 | |



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. 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 | | |
| 1ST TIER UNIFINE PENTIPS | | |
| 1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS..... | 97 | |
| A | | |
| <i>abacavir</i> | 70 | |
| <i>abacavir-lamivudine</i> | 70 | |
| ABELCET..... | 59 | |
| <i>abigale</i> | 143 | |
| ABILIFY ASIMTUFII..... | 64 | |
| ABILIFY MAINTENA..... | 64, 65 | |
| <i>abiraterone</i> | 35 | |
| <i>abiraterone, submicronized</i> | 35 | |
| <i>abirtega</i> | 35 | |
| ABOUTTIME PEN NEEDLE .. | 97 | |
| ABRYSVO (PF)..... | 152 | |
| <i>acamprosate</i> | 28 | |
| <i>acarbose</i> | 55 | |
| <i>acebutolol</i> | 80 | |
| <i>acetaminophen-codeine</i> | 26 | |
| <i>acetazolamide</i> | 159 | |
| <i>acetazolamide sodium</i> | 159 | |
| <i>acetic acid</i> | 137 | |
| <i>acetylcysteine</i> | 163 | |
| <i>acitretin</i> | 94 | |
| ACTHIB (PF)..... | 152 | |
| ACTIMMUNE..... | 158 | |
| <i>acyclovir</i> | 75, 94 | |
| <i>acyclovir sodium</i> | 75 | |
| ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) ... | 152 | |
| <i>adapalene</i> | 97 | |
| <i>adefovir</i> | 75 | |
| ADEMPAS..... | 165 | |
| <i>adrucil</i> | 35 | |
| ADVAIR HFA..... | 161 | |
| ADVOCATE PEN NEEDLE.... | 98 | |
| ADVOCATE SYRINGES.. | 97, 98 | |
| <i>afirmelle</i> | 88 | |
| AIMOVIG AUTOINJECTOR...61 | | |
| AIRSUPRA..... | 161, 162 | |
| AKEEGA..... | 35 | |
| <i>ala-cort</i> | 95 | |
| <i>albendazole</i> | 63 | |
| <i>albuterol sulfate</i> | 162 | |
| ALCOHOL PADS..... | 98 | |
| ALCOHOL PREP PADS..... | 115 | |
| ALCOHOL PREP SWABS.... | 98 | |
| ALCOHOL SWABS..... | 112 | |
| ALCOHOL WIPES..... | 98 | |
| ALECENSA..... | 35 | |
| <i>alendronate</i> | 157 | |
| <i>alfuzosin</i> | 143 | |
| <i>aliskiren</i> | 84 | |
| <i>allopurinol</i> | 60 | |
| <i>alosetron</i> | 157 | |
| <i>alprazolam</i> | 29 | |
| <i>altavera (28)</i> | 88 | |
| ALTRENO..... | 97 | |
| ALUNBRIG..... | 35 | |
| ALVAIZ..... | 76 | |
| <i>alyacen 1/35 (28)</i> | 88 | |
| <i>alyacen 7/7/7 (28)</i> | 88 | |
| ALYFTREK..... | 163 | |
| <i>alyq</i> | 165 | |
| <i>amantadine hcl</i> | 63 | |
| <i>amethyst (28)</i> | 88 | |
| <i>amikacin</i> | 30 | |
| <i>amiloride</i> | 82 | |
| <i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> | 82 | |
| <i>amiodarone</i> | 80 | |
| <i>amitriptyline</i> | 52 | |
| <i>amlodipine</i> | 82 | |
| <i>amlodipine-atorvastatin</i> | 83 | |
| <i>amlodipine-benazepril</i> | 82 | |
| <i>amlodipine-olmesartan</i> | 82 | |
| <i>amlodipine-valsartan</i> | 82 | |
| <i>amlodipine-valsartan-hcthiamid</i> | 82 | |
| <i>ammonium lactate</i> | 94 | |
| <i>amoxapine</i> | 52 | |
| <i>amoxicil-clarithromy-lansopraz</i> | 140 | |
| <i>amoxicillin</i> | 33 | |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate</i> | 33 | |
| <i>amphotericin b</i> | 59 | |
| <i>amphotericin b liposome</i> | 59 | |
| <i>ampicillin</i> | 33 | |
| <i>ampicillin sodium</i> | 33 | |
| <i>ampicillin-sulbactam</i> | 33 | |
| <i>anagrelide</i> | 77 | |
| <i>anastrozole</i> | 35 | |
| ANKTIVA..... | 35 | |
| ANORO ELLIPTA..... | 162 | |
| <i>aprepitant</i> | 62 | |
| <i>apri</i> | 88 | |
| APTIVUS..... | 70 | |
| AQINJECT PEN NEEDLE.... | 98 | |
| ARCALYST..... | 147 | |
| AREXVY (PF)..... | 152 | |
| ARIKAYCE..... | 30 | |
| <i>aripiprazole</i> | 65 | |
| ARISTADA..... | 65 | |
| ARISTADA INITIO..... | 65 | |
| <i>armodafinil</i> | 164 | |
| ARNUITY ELLIPTA..... | 161 | |
| <i>asenapine maleate</i> | 65 | |
| <i>aspirin-dipyridamole</i> | 77 | |
| ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL..... | 98 | |
| ASSURE ID DUO-SHIELD.... | 98 | |
| ASSURE ID INSULIN SAFETY | 98, 99 | |
| ASSURE ID PEN NEEDLE .. | 98, 99 | |
| ASSURE ID PRO PEN NEEDLE..... | 99 | |
| ASTAGRAF XL..... | 147 | |
| <i>atazanavir</i> | 70 | |
| <i>atenolol</i> | 80 | |
| <i>atenolol-chlorthalidone</i> | 80 | |
| <i>atomoxetine</i> | 85 | |
| <i>atorvastatin</i> | 83 | |
| <i>atovaquone</i> | 63 | |
| <i>atovaquone-proguanil</i> | 63 | |
| <i>atropine</i> | 137 | |
| ATROVENT HFA..... | 162 | |
| <i>aubra eq</i> | 88 | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|-----|---|---------|--|----------|
| AUGTYRO..... | 35 | BD SAFETYGLIDE INSULIN | | BORUZU..... | 36 |
| <i>aurovela 1.5/30 (21)</i> | 88 | SYRINGE | 99, 100 | <i>bosentan</i> | 165 |
| <i>aurovela 1/20 (21)</i> | 88 | BD SAFETYGLIDE SYRINGE | | BOSULIF | 36 |
| <i>aurovela 24 fe</i> | 88 | ..... | 100 | BRAFTOVI..... | 36 |
| <i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i> | 88 | BD ULTRA-FINE MICRO PEN | | BREO ELLIPTA | 161 |
| <i>aurovela fe 1-20 (28)</i> | 88 | NEEDLE | 100 | <i>breyana</i> | 161 |
| AUSTEDO | 85 | BD ULTRA-FINE MINI PEN | | BREZTRI AEROSPHERE ... | 162 |
| AUSTEDO XR | 85 | NEEDLE | 100 | BRILINTA..... | 77 |
| AUSTEDO XR TITRATION | | BD ULTRA-FINE NANO PEN | | <i>brimonidine</i> | 159 |
| KT(WK1-4)..... | 85 | NEEDLE | 100 | <i>brimonidine-timolol</i> | 159 |
| AUTOSHIELD DUO PEN | | BD ULTRA-FINE ORIG PEN | | <i>brinzolamide</i> | 159 |
| NEEDLE..... | 99 | NEEDLE | 100 | BRIVIACT | 48 |
| AUVELITY | 52 | BD ULTRA-FINE SHORT PEN | | <i>bromfenac</i> | 139 |
| <i>aviane</i> | 88 | NEEDLE | 100 | <i>bromocriptine</i> | 63 |
| AVMAPKI..... | 35 | BD VEO INSULIN SYR (HALF | | BRONCHITOL | 163 |
| AVMAPKI-FAKZYNJA | 35 | UNIT)..... | 100 | BRUKINSA | 36 |
| AVONEX..... | 85 | BD VEO INSULIN SYRINGE UF | | <i>budesonide</i> | 157, 161 |
| AXTLE | 35 | ..... | 100 | <i>budesonide-formoterol</i> | 161 |
| <i>ayuna</i> | 88 | BELSOMRA | 164 | <i>bumetanide</i> | 82 |
| AYVAKIT | 35 | <i>benazepril</i> | 79 | <i>buprenorphine</i> | 26 |
| <i>azacitidine</i> | 35 | <i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> | | <i>buprenorphine hcl</i> | 28 |
| <i>azathioprine</i> | 147 | ..... | 79 | <i>buprenorphine-naloxone</i> | 29 |
| <i>azathioprine sodium</i> | 147 | <i>bendamustine</i> | 35 | <i>bupropion hcl</i> | 52 |
| <i>azelastine</i> | 137 | BENDAMUSTINE..... | 35 | <i>bupropion hcl (smoking deter)</i> | 29 |
| <i>azithromycin</i> | 32 | BENDEKA | 36 | <i>buspirone</i> | 158 |
| <i>aztreonam</i> | 32 | BENLYSTA | 147 | <i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i> | 26 |
| <i>azurette (28)</i> | 88 | <i>benztropine</i> | 63 | <i>butalbital-acetaminophen-caff</i> | 26 |
| B | | BESREMI | 147 | C | |
| <i>bacitracin</i> | 137 | <i>betaine</i> | 158 | CABENUVA | 70 |
| <i>bacitracin-polymyxin b</i> | 137 | <i>betamethasone dipropionate</i> .. | 95 | <i>cabergoline</i> | 63 |
| <i>baclofen</i> | 164 | <i>betamethasone valerate</i> | 95 | CABOMETYX | 36 |
| <i>bal-care dha</i> | 165 | <i>betamethasone, augmented</i> .. | 95 | <i>cabotegravir</i> | 70 |
| <i>bal-care dha essential</i> | 165 | BETASERON | 86 | <i>calcipotriene</i> | 94 |
| <i>balsalazide</i> | 157 | <i>betaxolol</i> | 159 | <i>calcitonin (salmon)</i> | 157 |
| BALVERSA..... | 35 | <i>bethanechol chloride</i> | 142 | <i>calcitriol</i> | 157 |
| BAQSIMI..... | 158 | <i>bexarotene</i> | 36 | <i>calcium acetate(phosphat bind)</i> | |
| BCG VACCINE, LIVE (PF)... | 152 | BEXSERO | 152 | ..... | 142 |
| BD ALCOHOL SWABS..... | 100 | <i>bicalutamide</i> | 36 | CALQUENCE..... | 36 |
| BD AUTOSHIELD DUO PEN | | BICILLIN L-A | 33 | CALQUENCE | |
| NEEDLE..... | 99 | BIKTARVY | 70 | (ACALABRUTINIB MAL) ... | 36 |
| BD ECLIPSE LUER-LOK..... | 99 | <i>bisoprolol fumarate</i> | 80 | CAMCEVI (6 MONTH) | 36 |
| BD INSULIN SYRINGE..... | 99 | <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> | 80 | <i>camila</i> | 88 |
| BD INSULIN SYRINGE (HALF | | BIZENGRI | 36 | <i>candesartan</i> | 78 |
| UNIT) | 99 | <i>bleomycin</i> | 36 | <i>candesartan-hydrochlorothiazid</i> | |
| BD INSULIN SYRINGE ULTRA- | | <i>blisovi 24 fe</i> | 88 | ..... | 78 |
| FINE..... | 99 | <i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i> | 88 | CAPLYTA | 65 |
| BD LO-DOSE ULTRA-FINE...99 | | <i>blisovi fe 1/20 (28)</i> | 88 | CAPRELSA..... | 36 |
| BD NANO 2ND GEN PEN | | BOOSTRIX TDAP | 153 | <i>captopril</i> | 79 |
| NEEDLE..... | 99 | BORDERED GAUZE..... | 100 | <i>carbamazepine</i> | 48 |
| | | <i>bortezomib</i> | 36 | <i>carbidopa-levodopa</i> | 64 |

| | | |
|--|---|--|
| CAREFINE PEN NEEDLE ..100, 101 | <i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> 137 | <i>completenate</i> 165 |
| CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD .....101 | <i>citalopram</i> 52, 53 | <i>compro</i> 62 |
| CARETOUCH INSULIN SYRINGE.....101 | <i>clarithromycin</i> 32 | <i>conjugated estrogens</i> 144 |
| CARETOUCH PEN NEEDLE.....101 | CLICKFINE PEN NEEDLE . 102, 112 | <i>constulose</i> 141 |
| <i>carglumic acid</i>.....141 | <i>clindamycin hcl</i>.....30 | COPIKTRA 36 |
| <i>carteolol</i>.....159 | <i>clindamycin phosphate</i> ... 30, 61, 95 | CORLANOR 81 |
| <i>cartia xt</i>.....81 | <i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> 95 | CORTROPHIN GEL..... 145 |
| <i>carvedilol</i> .....80 | CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE- FREE)..... 77 | COSENTYX 147 |
| CAYSTON .....32 | CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE- FREE)..... 77 | COSENTYX (2 SYRINGES) 147 |
| <i>cefaclor</i>.....31 | CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE- FREE)..... 77 | COSENTYX PEN (2 PENS) 147 |
| <i>cefadroxil</i> .....31 | CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 77 | COSENTYX UNOREADY PEN 147 |
| <i>cefazolin</i> .....31 | CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 78 | COTELLIC 36 |
| <i>cefdinir</i> .....31 | <i>clobazam</i> 48 | CREON..... 136 |
| <i>cefepime</i>.....31 | <i>clobetasol</i> 95, 96 | CRESEMBA..... 59 |
| <i>cefixime</i> .....31 | <i>clobetasol-emollient</i> 96 | <i>cromolyn</i> 137, 141, 163 |
| <i>cefoxitin</i> .....32 | <i>clomipramine</i> 53 | <i>cryselle (28)</i> 88 |
| <i>cefpodoxime</i> .....32 | <i>clonazepam</i> 29 | CURAD GAUZE PAD..... 104 |
| <i>cefprozil</i>.....32 | <i>clonidine</i> 78 | CURITY ALCOHOL SWABS104 |
| <i>ceftaroline fosamil</i>.....32 | <i>clonidine hcl</i> 78 | CURITY GAUZE 104 |
| <i>ceftazidime</i> .....32 | <i>clonidine hcl</i> 78 | <i>cyclafem 1/35 (28)</i> 88 |
| <i>ceftriaxone</i> .....32 | <i>clopidogrel</i> 77 | <i>cyclafem 7/7/7 (28)</i> 88 |
| <i>cefuroxime axetil</i>.....32 | <i>clorazepate dipotassium</i> 29 | <i>cyclobenzaprine</i> 164 |
| <i>cefuroxime sodium</i>.....32 | <i>clotrimazole</i> 59 | <i>cyclophosphamide</i> 36, 37 |
| <i>celecoxib</i>.....27 | <i>clotrimazole-betamethasone</i> .. 59 | <i>cyclosporine</i> 139, 147, 148 |
| <i>cephalexin</i> .....32 | <i>clozapine</i> 65, 66 | <i>cyclosporine modified</i> ...147, 148 |
| <i>cevimeline</i>.....94 | <i>c-nate dha</i> 165 | CYLTEZO(CF) 148 |
| <i>chateal eq (28)</i>.....88 | COARTEM 63 | CYLTEZO(CF) PEN 148 |
| <i>chlordiazepoxide hcl</i> .....29 | COBENFY 66 | CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S- UC-HS..... 148 |
| <i>chlorhexidine gluconate</i> .....94 | COBENFY STARTER PACK. 66 | CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV..... 148 |
| <i>chloroquine phosphate</i>.....63 | <i>colchicine</i> 60 | <i>cyred eq</i> 88 |
| <i>chlorpromazine</i> .....65 | <i>colesevelam</i> 83 | D |
| <i>chlorthalidone</i>.....82 | <i>colestipol</i> 83 | <i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchl</i> 160 |
| <i>cholestyramine</i>.....83 | <i>colistin (colistimethate na)</i> 30 | <i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i> 160 |
| <i>cholestyramine light</i>.....83 | COMBIVENT RESPIMAT ... 162 | <i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> 160 |
| <i>ciclopirox</i>.....59 | COMETRIQ 36 | <i>dabigatran etexilate</i> 75 |
| <i>cilostazol</i>.....77 | COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 102, 103 | <i>dalfampridine</i> 86 |
| CIMDUO .....70 | COMFORT EZ PEN NEEDLES 102, 103 | <i>danazol</i> 143 |
| <i>cimetidine hcl</i>.....140 | COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL 103 | <i>dantrolene</i> 164 |
| CIMZIA .....147 | COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 103, 104 | DANYELZA..... 37 |
| CIMZIA POWDER FOR RECONST .....147 | | DANZITEN..... 37 |
| CIMZIA STARTER KIT .....147 | | <i>dapagliflozin propanediol</i> 55 |
| <i>cinacalcet</i>.....157 | | <i>dapsone</i> 62 |
| <i>ciprofloxacin hcl</i> 34, 137 | | DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 153 |
| <i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> .34 | | |

| | | | | | |
|--|------------|--|---------------|---|---------------|
| <i>daptomycin</i> | 31 | <i>diphenoxylate-atropine</i> | 141 | EASY TOUCH FLIPLOCK | |
| <i>darunavir</i> | 70 | <i>dipyridamole</i> | 77 | INSULIN | 109, 110 |
| <i>dasatinib</i> | 37 | <i>disulfiram</i> | 29 | EASY TOUCH FLIPLOCK | |
| <i>dasetta 1/35 (28)</i> | 88 | <i>divalproex</i> | 48 | SYRINGE | 109 |
| <i>dasetta 7/7/7 (28)</i> | 89 | <i>dofetilide</i> | 80 | EASY TOUCH INSULIN | |
| DATROWAY | 37 | <i>dolishale</i> | 89 | SAFETY SYR | 109 |
| DAURISMO | 37 | <i>donepezil</i> | 52 | EASY TOUCH INSULIN | |
| <i>deblitane</i> | 89 | <i>dorzolamide</i> | 159 | SYRINGE | 109, 110, 111 |
| <i>decitabine</i> | 37 | <i>dorzolamide-timolol</i> | 159 | EASY TOUCH LUER LOCK | |
| <i>deferasirox</i> | 143 | DOVATO | 71 | INSULIN | 110 |
| DELSTRIGO | 70 | <i>doxazosin</i> | 78 | EASY TOUCH PEN NEEDLE | |
| <i>demeclocycline</i> | 34 | <i>doxepin</i> | 53 | ..... | 110 |
| DENGVAXIA (PF) | 153 | <i>doxorubicin, peg-liposomal</i> | 37 | EASY TOUCH SAFETY PEN | |
| <i>denta 5000 plus</i> | 94 | <i>doxy-100</i> | 34 | NEEDLE | 110, 111 |
| <i>dentagel</i> | 94 | <i>doxycycline hyclate</i> | 34 | EASY TOUCH SHEATHLOCK | |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 | | <i>doxycycline monohydrate</i> | 34 | INSULIN | 109, 110 |
| ..... | 146 | DRIZALMA SPRINKLE | 53 | EASY TOUCH UNI-SLIP | 111 |
| DERMACEA | 104 | <i>dronabinol</i> | 62 | <i>econazole nitrate</i> | 59 |
| DERMACEA NON-WOVEN 104 | | DROPLET INSULIN SYR(HALF | | EDURANT | 71 |
| <i>dermacinrx lidocan</i> | 28 | UNIT) | 104, 105 | EDURANT PED | 71 |
| DESCOVY | 71 | DROPLET INSULIN SYRINGE | | <i>efavirenz</i> | 71 |
| <i>desipramine</i> | 53 | ..... | 104, 105, 106 | <i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> | 71 |
| <i>desmopressin</i> | 145 | DROPLET MICRON PEN | | <i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> | 71 |
| <i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> .89 | | NEEDLE | 106 | ..... | 71 |
| <i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> .89 | | DROPLET PEN NEEDLE ... | 106 | ELAHERE | 37 |
| <i>desvenlafaxine succinate</i> | 53 | DROPSAFE ALCOHOL PREP | | ELEPSIA XR | 48 |
| <i>dexamethasone</i> | 144 | PADS | 106 | ELIGARD | 37 |
| <i>dexamethasone sodium</i> | | DROPSAFE INSULIN | | ELIGARD (3 MONTH) | 37 |
| <i>phosphate</i> | 139, 144 | SYRINGE | 106, 107 | ELIGARD (4 MONTH) | 37 |
| <i>dextroamphetamine-</i> | | DROPSAFE PEN NEEDLE . | 107 | ELIGARD (6 MONTH) | 37 |
| <i>amphetamine</i> | 86 | <i>droxidopa</i> | 78 | <i>elinest</i> | 89 |
| <i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> ...78 | | <i>duloxetine</i> | 53 | ELIQUIS | 75 |
| DIACOMIT | 48 | DUPIXENT PEN | 148 | ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D | |
| <i>diazepam</i> | 29, 30, 48 | DUPIXENT SYRINGE | 148 | START | 75 |
| <i>diazepam intensol</i> | 29 | <i>dutasteride</i> | 143 | ELREXFIO | 37 |
| <i>diazoxide</i> | 158 | E | | <i>eltrombopag olamine</i> | 76 |
| <i>diclofenac epolamine</i> | 27 | EASY COMFORT ALCOHOL | | <i>eluryng</i> | 89 |
| <i>diclofenac potassium</i> | 27 | PAD | 108 | EMBRACE PEN NEEDLE ... | 111 |
| <i>diclofenac sodium</i> | 27, 139 | EASY COMFORT INSULIN | | EMCYT | 37 |
| <i>diclofenac-misoprostol</i> | 27 | SYRINGE | 107, 108 | EMGALITY PEN | 61 |
| <i>dicloxacillin</i> | 33 | EASY COMFORT PEN | | EMGALITY SYRINGE | 61 |
| <i>dicyclomine</i> | 141 | NEEDLES | 108 | EMRELIS | 37 |
| <i>didanosine</i> | 71 | EASY COMFORT SAFETY | | EMSAM | 53 |
| <i>difluprednate</i> | 139 | PEN NEEDLE | 107 | <i>emtricitabine</i> | 71 |
| <i>digoxin</i> | 81 | EASY GLIDE INSULIN | | <i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> | 71 |
| <i>dihydroergotamine</i> | 61 | SYRINGE | 108 | <i>emtricitabine-tenofovir df</i> | 71 |
| DILANTIN | 48 | EASY GLIDE PEN NEEDLE | 109 | EMTRIVA | 71 |
| <i>diltiazem hcl</i> | 81 | EASY TOUCH | 110 | <i>emzahn</i> | 89 |
| <i>dilt-xr</i> | 81 | EASY TOUCH ALCOHOL | | <i>enalapril maleate</i> | 79 |
| <i>dimethyl fumarate</i> | 86 | PREP PADS | 109 | <i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> | 79 |

| | | | | | |
|--|---------|--|-----|---|----------|
| ENBREL..... | 148 | <i>etoposide</i> | 38 | FINTEPLA..... | 49 |
| ENBREL MINI..... | 148 | <i>etravirine</i> | 71 | FIRMAGON KIT W DILUENT | |
| ENBREL SURECLICK..... | 148 | EUCRISA..... | 96 | SYRINGE..... | 38 |
| <i>endocet</i> | 26 | EULEXIN..... | 38 | <i>flavoxate</i> | 142 |
| ENGERIX-B (PF)..... | 153 | <i>everolimus (antineoplastic)</i> ... | 38 | <i>flecainide</i> | 80 |
| ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) | | <i>everolimus</i> | | <i>floxuridine</i> | 38 |
| ..... | 153 | (<i>immunosuppressive</i>)..... | 148 | <i>fluconazole</i> | 59 |
| <i>enilloring</i> | 89 | EVOTAZ..... | 71 | <i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> .. | 59 |
| <i>enoxaparin</i> | 75 | EXEL INSULIN..... | 111 | <i>flucytosine</i> | 59 |
| <i>enpresse</i> | 89 | <i>exemestane</i> | 38 | <i>fludrocortisone</i> | 144 |
| ENSACOVE..... | 37 | EXTENCILLINE..... | 33 | <i>flunisolide</i> | 139 |
| <i>enskyce</i> | 89 | EXXUA..... | 53 | <i>fluocinolone</i> | 96 |
| <i>entacapone</i> | 64 | EYSUVIS..... | 139 | <i>fluocinolone acetonide oil</i> | 139 |
| <i>entecavir</i> | 75 | <i>ezetimibe</i> | 83 | <i>fluocinonide</i> | 96 |
| ENTRESTO..... | 78 | <i>ezetimibe-simvastatin</i> | 84 | <i>fluoride (sodium)</i> | 94 |
| ENTRESTO SPRINKLE..... | 78 | F | | <i>fluorometholone</i> | 139 |
| <i>enulose</i> | 141 | FAKZYNJA..... | 38 | <i>fluorouracil</i> | 38, 94 |
| EPCLUSA..... | 74 | <i>falmina (28)</i> | 89 | <i>fluoxetine</i> | 53 |
| EPIDIOLEX..... | 49 | <i>famciclovir</i> | 75 | <i>fluphenazine decanoate</i> | 66 |
| <i>epinastine</i> | 137 | <i>famotidine</i> | 140 | <i>fluphenazine hcl</i> | 66 |
| <i>epinephrine</i> | 81 | FANAPT..... | 66 | <i>flurbiprofen</i> | 28 |
| <i>epitol</i> | 49 | FANAPT TITRATION PACK A | | <i>flurbiprofen sodium</i> | 139 |
| EPIVIR HBV..... | 71 | ..... | 66 | <i>flutamide</i> | 38 |
| EPKINLY..... | 37 | FANAPT TITRATION PACK B | | <i>fluticasone propionate</i> .. | 96, 139, |
| <i>eplerenone</i> | 84 | ..... | 66 | 161 | |
| EPRONTIA..... | 49 | FANAPT TITRATION PACK C | | <i>fluticasone propion-salmeterol</i> | |
| ERBITUX..... | 38 | ..... | 66 | ..... | 161 |
| <i>ergoloid</i> | 52 | FARXIGA..... | 55 | <i>fluvastatin</i> | 84 |
| ERIVEDGE..... | 38 | FASENRA..... | 163 | <i>fluvoxamine</i> | 53 |
| ERLEADA..... | 38 | FASENRA PEN..... | 163 | <i>folivane-ob</i> | 165 |
| <i>erlotinib</i> | 38 | <i>febuxostat</i> | 60 | <i>fondaparinux</i> | 75 |
| <i>errin</i> | 89 | <i>feirza</i> | 89 | <i>fosamprenavir</i> | 71 |
| <i>ertapenem</i> | 32 | <i>felbamate</i> | 49 | <i>fosfomycin tromethamine</i> | 31 |
| <i>erythromycin</i> | 32, 138 | <i>felodipine</i> | 82 | <i>fosinopril</i> | 79 |
| <i>erythromycin ethylsuccinate</i> .. | 32 | <i>femynor</i> | 89 | <i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> | 79 |
| <i>erythromycin with ethanol</i> | 95 | <i>fenofibrate</i> | 84 | <i>fosphenytoin</i> | 49 |
| ERZOFRI..... | 66 | <i>fenofibrate micronized</i> | 84 | FOTIVDA..... | 38 |
| <i>escitalopram oxalate</i> | 53 | <i>fenofibrate nanocrystallized</i> .. | 84 | FREESTYLE PRECISION.. | 111, |
| <i>eslicarbazepine</i> | 49 | <i>fentanyl</i> | 26 | 112 | |
| <i>esomeprazole magnesium</i> | 140 | <i>fentanyl citrate</i> | 26 | FRUZAQLA..... | 38 |
| <i>estarylla</i> | 89 | <i>fesoterodine</i> | 142 | <i>fulvestrant</i> | 38 |
| <i>estradiol</i> | 144 | FETZIMA..... | 53 | <i>furosemide</i> | 82 |
| <i>estradiol-norethindrone acet</i> | 144 | FIASP FLEXTOUCH U-100 | | FUZEON..... | 71 |
| <i>eszopiclone</i> | 164 | INSULIN..... | 56 | FYARRO..... | 38 |
| <i>ethambutol</i> | 62 | FIASP PENFILL U-100 | | FYCOMPA..... | 49 |
| <i>ethosuximide</i> | 49 | INSULIN..... | 57 | G | |
| <i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> .. | 89 | FIASP U-100 INSULIN..... | 57 | <i>gabapentin</i> | 49 |
| <i>etodolac</i> | 28 | <i>fidaxomicin</i> | 32 | <i>galantamine</i> | 52 |
| <i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> .. | 89 | <i>finasteride</i> | 143 | <i>gallifrey</i> | 146 |
| ETOPOPHOS..... | 38 | <i>ingolimod</i> | 86 | GAMUNEX-C..... | 148 |

| | | | | | |
|---|-------------|--|--------------|--|-----|
| GARDASIL 9 (PF)..... | 153 | HAVRIX (PF)..... | 153 | <i>ibuprofen</i> | 28 |
| GAUZE BANDAGE..... | 112 | HEALTHWISE INSULIN | | <i>icatibant</i> | 82 |
| GAUZE PAD..... | 112 | SYRINGE..... | 112, 113 | <i>iclevia</i> | 89 |
| <i>gavilyte-c</i> | 142 | HEALTHWISE PEN NEEDLE | | ICLUSIG..... | 39 |
| <i>gavilyte-g</i> | 142 | ..... | 113 | <i>icosapent ethyl</i> | 84 |
| <i>gavilyte-n</i> | 142 | HEALTHY ACCENTS UNIFINE | | IDHIFA..... | 39 |
| GAVRETO..... | 38 | PENTIP..... | 113 | <i>ifosfamide</i> | 39 |
| <i>gefitinib</i> | 38 | <i>heather</i> | 89 | ILEVRO..... | 139 |
| <i>gemfibrozil</i> | 84 | <i>heparin (porcine)</i> | 76 | <i>imatinib</i> | 39 |
| <i>generlac</i> | 141 | HEPLISAV-B (PF)..... | 153 | IMBRUVICA..... | 39 |
| <i>gengraf</i> | 148 | HERCEPTIN HYLECTA..... | 39 | IMDELLTRA..... | 39 |
| <i>gentak</i> | 138 | HERNEXEOS..... | 39 | <i>imipenem-cilastatin</i> | 33 |
| <i>gentamicin</i> | 30, 95, 138 | HIBERIX (PF)..... | 153 | <i>imipramine hcl</i> | 53 |
| <i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> .. | 30 | HUMIRA..... | 149 | <i>imiquimod</i> | 94 |
| <i>gentamicin sulfate (pf)</i> | 30 | HUMIRA PEN..... | 149 | IMJUDO..... | 39 |
| GENVOYA..... | 71 | HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS | | IMKELDI..... | 39 |
| GILOTRIF..... | 38 | START..... | 148 | IMOVAX RABIES VACCINE | |
| <i>glatiramer</i> | 86 | HUMIRA PEN PSOR-UVEITS- | | (PF)..... | 153 |
| <i>glatopa</i> | 86 | ADOL HS..... | 149 | IMPAVIDO..... | 63 |
| <i>glimepiride</i> | 58 | HUMIRA(CF)..... | 149 | <i>incassia</i> | 89 |
| <i>glipizide</i> | 58, 59 | HUMIRA(CF) PEDI CROHNS | | INCONTROL ALCOHOL PADS | |
| <i>glipizide-metformin</i> | 59 | STARTER..... | 149 | ..... | 113 |
| <i>glucagon emergency kit</i> | | HUMIRA(CF) PEN..... | 149 | INCONTROL PEN NEEDLE | 113 |
| (<i>human</i>)..... | 158 | HUMIRA(CF) PEN CROHNS- | | INCRELEX..... | 145 |
| <i>glutamine (sickle cell)</i> | 158 | UC-HS..... | 149 | <i>indapamide</i> | 83 |
| <i>glyburide</i> | 59 | HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC | | <i>indomethacin</i> | 28 |
| <i>glyburide micronized</i> | 59 | UC..... | 149 | INFANRIX (DTAP) (PF)..... | 153 |
| <i>glyburide-metformin</i> | 59 | HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV- | | <i>infiximab</i> | 149 |
| <i>glycopyrrolate</i> | 141 | ADOL HS..... | 149 | INGREZZA..... | 86 |
| <i>glydo</i> | 28 | HUMULIN R U-500 (CONC) | | INGREZZA INITIATION | |
| GLYXAMBI..... | 55 | INSULIN..... | 57 | PK(TARDIV)..... | 86 |
| GOMEKLI..... | 38, 39 | HUMULIN R U-500 (CONC) | | INGREZZA SPRINKLE..... | 86 |
| <i>griseofulvin microsize</i> | 60 | KWIKPEN..... | 57 | INLEXZO..... | 39 |
| <i>griseofulvin ultramicrosize</i> | 60 | <i>hydralazine</i> | 82 | INLURIYO..... | 39 |
| <i>guanfacine</i> | 78, 86 | <i>hydrochlorothiazide</i> | 83 | INLYTA..... | 39 |
| GVOKE..... | 158 | <i>hydrocodone-acetaminophen</i> | 26 | INPEN (FOR HUMALOG) BLUE | |
| GVOKE HYPOPEN 2-PACK..... | 158 | <i>hydrocortisone</i> | 96, 144, 157 | ..... | 113 |
| GVOKE PFS 1-PACK | | <i>hydrocortisone valerate</i> | 96 | INPEN (NOVOLOG OR FIASP) | |
| SYRINGE..... | 158 | <i>hydrocortisone-acetic acid</i> ... | 138 | BLUE..... | 113 |
| H | | <i>hydromorphone</i> | 26 | INQOVI..... | 40 |
| HAEGARDA..... | 76 | <i>hydroxychloroquine</i> | 63 | INREBIC..... | 40 |
| <i>hailey 24 fe</i> | 89 | <i>hydroxyurea</i> | 39 | <i>insulin asp prt-insulin aspart</i> .. | 57 |
| <i>hailey fe 1.5/30 (28)</i> | 89 | <i>hydroxyzine hcl</i> | 61 | <i>insulin aspart u-100</i> | 57 |
| <i>hailey fe 1/20 (28)</i> | 89 | <i>hydroxyzine pamoate</i> | 158 | <i>insulin glargine-yfgn</i> | 57 |
| <i>halobetasol propionate</i> | 96 | HYRNUO..... | 39 | <i>insulin lispro</i> | 57 |
| <i>haloette</i> | 89 | I | | INSULIN SYR/NDL U100 HALF | |
| <i>haloperidol</i> | 67 | <i>ibandronate</i> | 157 | MARK..... | 113 |
| <i>haloperidol decanoate</i> | 67 | IBRANCE..... | 39 | INSULIN SYRINGE | |
| <i>haloperidol lactate</i> | 67 | IBTROZI..... | 39 | MICROFINE..... | 99 |
| HARVONI..... | 74 | <i>ibu</i> | 28 | | |

| | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---------|--|--------|
| INSULIN SYRINGE NEEDLELESS..... | 114 | JULUCA..... | 72 | LANTUS U-100 INSULIN..... | 57 |
| INSULIN SYRINGE-NEEDLE U- 100.. | 111, 113, 114, 118, 120, 121, 125, 128, 129 | <i>junel</i> 1.5/30 (21)..... | 90 | <i>lapatinib</i> | 41 |
| INSULIN U-500 SYRINGE- NEEDLE..... | 114 | <i>junel</i> 1/20 (21)..... | 90 | <i>larin</i> 1.5/30 (21)..... | 90 |
| INSUMED..... | 114 | <i>junel</i> fe 1.5/30 (28)..... | 90 | <i>larin</i> 1/20 (21)..... | 90 |
| INSUPEN PEN NEEDLE | 114, 115 | <i>junel</i> fe 1/20 (28)..... | 90 | <i>larin</i> 24 fe..... | 90 |
| INTELENCE..... | 71 | <i>junel</i> fe 24..... | 90 | <i>larin</i> fe 1.5/30 (28)..... | 90 |
| INTRON A..... | 74 | JYLAMVO..... | 40 | <i>larin</i> fe 1/20 (28)..... | 90 |
| INVEGA HAFYERA..... | 67 | JYNARQUE..... | 83 | <i>larissia</i> | 90 |
| INVEGA SUSTENNA..... | 67 | JYNNEOS (PF)..... | 154 | <i>latanoprost</i> | 159 |
| INVEGA TRINZA..... | 67 | K | | LAZCLUZE..... | 41 |
| INVELTYS..... | 139 | KALETRA..... | 72 | <i>leflunomide</i> | 149 |
| IPOL..... | 153 | KALYDECO..... | 163 | <i>lenalidomide</i> | 41 |
| <i>ipratropium bromide</i> | 137, 162 | <i>kariva</i> (28)..... | 90 | LENTOCILIN S..... | 33 |
| <i>ipratropium-albuterol</i> | 162 | <i>kelnor</i> 1/35 (28)..... | 90 | LENVIMA..... | 41 |
| <i>irbesartan</i> | 78 | <i>kelnor</i> 1/50 (28)..... | 90 | <i>lessina</i> | 90 |
| <i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> | 78 | KERENDIA..... | 85 | <i>letrozole</i> | 41 |
| ISENTRESS..... | 71, 72 | KESIMPTA PEN..... | 86 | <i>leucovorin calcium</i> | 158 |
| ISENTRESS HD..... | 71 | <i>ketoconazole</i> | 60 | LEUKERAN..... | 41 |
| <i>isibloom</i> | 90 | <i>ketorolac</i> | 28, 139 | <i>leuprolide</i> | 41 |
| <i>isoniazid</i> | 62 | KEYTRUDA..... | 40 | <i>leuprolide acetate (3 month)</i> .. | 41 |
| <i>isosorbide dinitrate</i> | 85 | KEYTRUDA QLEX..... | 40 | <i>levetiracetam</i> | 49, 50 |
| <i>isosorbide mononitrate</i> | 85 | KIMMTRAK..... | 40 | <i>levobunolol</i> | 159 |
| ITOVEBI..... | 40 | KINERET..... | 149 | <i>levocetirizine</i> | 61 |
| <i>itraconazole</i> | 60 | KINRIX (PF)..... | 154 | <i>levofloxacin</i> | 34 |
| IV PREP WIPES..... | 115 | <i>kionex (with sorbitol)</i> | 141 | <i>levofloxacin in d5w</i> | 34 |
| <i>ivabradine</i> | 82 | KISQALI..... | 40 | <i>levonest (28)</i> | 90 |
| <i>ivermectin</i> | 63 | KISQALI FEMARA CO-PACK | 40 | <i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i> | 90 |
| IWILFIN..... | 40 | KLISYRI (250 MG)..... | 94 | <i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> | 90 |
| IXIARO (PF)..... | 153 | <i>klor-con m10</i> | 160 | <i>levonorg-eth estrad triphasic</i> | 91 |
| J | | <i>klor-con m15</i> | 160 | <i>levora-28</i> | 91 |
| JAKAFI..... | 40 | <i>klor-con m20</i> | 160 | <i>levothyroxine</i> | 146 |
| <i>jantoven</i> | 76 | KLOXXADO..... | 29 | LEXIVA..... | 72 |
| JANUMET..... | 55 | KOMZIFTI..... | 40 | LIBERVANT..... | 50 |
| JANUMET XR..... | 55 | KOSELUGO..... | 40 | <i>lidocaine</i> | 28 |
| JANUVIA..... | 55 | <i>kosher prenatal plus iron</i> | 165 | <i>lidocaine hcl</i> | 28 |
| JARDIANCE..... | 55 | KRAZATI..... | 40 | <i>lidocaine viscous</i> | 28 |
| <i>javygtor</i> | 136 | <i>kurvelo (28)</i> | 90 | <i>lidocaine-prilocaine</i> | 28 |
| JAYPIRCA..... | 40 | KYLEENA..... | 90 | <i>lidocan iii</i> | 28 |
| JEMPERLI..... | 40 | KYNMOBI..... | 64 | LILETTA..... | 91 |
| <i>jencycla</i> | 90 | L | | <i>lillow (28)</i> | 91 |
| JENTADUETO..... | 55 | <i>labetalol</i> | 80 | <i>linezolid</i> | 31 |
| JENTADUETO XR..... | 55 | <i>lacosamide</i> | 49 | <i>linezolid in dextrose 5%</i> | 31 |
| <i>jolessa</i> | 90 | <i>lactulose</i> | 141 | LINZESS..... | 141 |
| <i>juleber</i> | 90 | <i>lamivudine</i> | 72 | <i>liothyronine</i> | 146 |
| | | <i>lamivudine-zidovudine</i> | 72 | LISCO..... | 115 |
| | | <i>lamotrigine</i> | 49 | <i>lisinopril</i> | 79 |
| | | <i>lanreotide</i> | 145 | <i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> | 79 |
| | | <i>lansoprazole</i> | 140 | LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES..... | 115 |
| | | LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN..... | 57 | | |

| | | | | | |
|---|----------|--|---------|---------------------------------------|-----|
| <i>mirtazapine</i> | 54 | NATACYN | 138 | NOVOFINE 32 | 118 |
| <i>misoprostol</i> | 140 | <i>nateglinide</i> | 56 | NOVOFINE PLUS | 118 |
| <i>mitoxantrone</i> | 42 | NATPARA | 157 | NOVOLIN 70/30 U-100 | |
| M-M-R II (PF)..... | 154 | NAYZILAM | 50 | INSULIN | 57 |
| <i>m-natal plus</i> | 165 | <i>nebivolol</i> | 80 | NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U- | |
| <i>modafinil</i> | 164 | <i>nefazodone</i> | 54 | 100 | 57 |
| MODEYSO | 42 | <i>neomycin</i> | 30 | NOVOLIN N FLEXPEN | 58 |
| <i>moexipril</i> | 79 | <i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> | 138 | NOVOLIN N NPH U-100 | |
| <i>molindone</i> | 68 | <i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i> | | INSULIN | 58 |
| <i>mometasone</i> | 96, 140 | ..... | 138 | NOVOLIN R FLEXPEN | 58 |
| MONOJECT INSULIN SAFETY | | <i>neomycin-polymyxin b-</i> | | NOVOLIN R REGULAR U100 | |
| SYRING | 117, 118 | <i>dexameth</i> | 138 | INSULIN | 58 |
| MONOJECT INSULIN | | <i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> | | NOVOLOG FLEXPEN U-100 | |
| SYRINGE..... | 117, 118 | ..... | 138 | INSULIN | 58 |
| MONOJECT SYRINGE..... | 117 | <i>neomycin-polymyxin-hc</i> | 138 | NOVOLOG MIX 70-30 U-100 | |
| MONOJECT ULTRA | | <i>neo-polycin</i> | 138 | INSULN | 58 |
| COMFORT INSULIN | 130 | <i>neo-polycin hc</i> | 138 | NOVOLOG MIX 70- | |
| <i>mono-linyah</i> | 91 | NERLYNX | 42 | 30FLEXPEN U-100 | 58 |
| <i>montelukast</i> | 162 | <i>nevirapine</i> | 72 | NOVOLOG PENFILL U-100 | |
| <i>morphine</i> | 26, 27 | <i>newgen</i> | 166 | INSULIN | 58 |
| MORPHINE | 27 | NEXLETOL | 84 | NOVOLOG U-100 INSULIN | |
| <i>morphine concentrate</i> | 26 | NEXLIZET | 84 | ASPART | 58 |
| MOUNJARO | 55, 56 | NEXPLANON | 91 | NOVOTWIST | 118 |
| MOVANTIK..... | 141 | <i>niacin</i> | 84 | NUBEQA..... | 42 |
| <i>moxifloxacin</i> | 34, 138 | NICOTROL NS..... | 29 | NUCALA | 163 |
| <i>moxifloxacin-sod. ace, sul-water</i> | | <i>nifedipine</i> | 82 | NULOJIX..... | 150 |
| ..... | 34 | NIKTIMVO | 150 | NUPLAZID | 68 |
| <i>moxifloxacin-sod. chloride(iso)</i> | 34 | <i>nilutamide</i> | 42 | NURTEC ODT | 61 |
| MRESVIA (PF)..... | 154 | NINLARO | 42 | <i>nyamyc</i> | 60 |
| MULTAQ..... | 80 | <i>nitazoxanide</i> | 63 | <i>nylia 1/35 (28)</i> | 92 |
| <i>mupirocin</i> | 95 | <i>nitisinone</i> | 136 | <i>nylia 7/7/7 (28)</i> | 92 |
| <i>mycophenolate mofetil</i> | 149 | <i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ... | 31 | <i>nymyo</i> | 92 |
| <i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> | 149 | <i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> | | <i>nystatin</i> | 60 |
| <i>mycophenolate sodium</i> | 149 | ..... | 31 | <i>nystatin-triamcinolone</i> | 60 |
| <i>mynatal</i> | 165 | <i>nitroglycerin</i> | 85, 158 | <i>nystop</i> | 60 |
| <i>mynatal advance</i> | 165 | <i>niva-plus</i> | 166 | NYVEPRIA..... | 76 |
| <i>mynatal plus</i> | 165 | NIVESTYM..... | 76 | O | |
| <i>mynatal-z</i> | 165 | NORDITROPIN FLEXPRO .. | 145 | <i>obstetrix dha</i> | 166 |
| <i>mynate 90 plus</i> | 165 | <i>norelgestromin-ethin.estradiol</i> | 91 | <i>obstetrix dha prenatal duo</i> ... | 166 |
| MYRBETRIQ | 142 | <i>norethindrone (contraceptive)</i> | 91 | <i>octreotide acetate</i> | 145 |
| N | | <i>norethindrone acetate</i> | 146 | ODEFSEY..... | 72 |
| <i>nabumetone</i> | 28 | <i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> | 91 | ODOMZO..... | 43 |
| <i>nafcillin</i> | 33 | <i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> | 91 | OFEV | 163 |
| <i>naloxone</i> | 29 | <i>norlyda</i> | 92 | <i>ofloxacin</i> | 138 |
| <i>naltrexone</i> | 29 | <i>nortrel 1/35 (21)</i> | 92 | OGIVRI | 43 |
| NANO 2ND GEN PEN NEEDLE | | <i>nortrel 1/35 (28)</i> | 92 | OGSIVEO | 43 |
| ..... | 118 | <i>nortrel 7/7/7 (28)</i> | 92 | OJEMDA..... | 43 |
| NANO PEN NEEDLE..... | 118 | <i>nortriptyline</i> | 54 | OJJAARA..... | 43 |
| <i>naproxen</i> | 28 | NORVIR | 72 | <i>olanzapine</i> | 68 |
| <i>naratriptan</i> | 61 | NOVOFINE 30..... | 118 | <i>olmesartan</i> | 78 |

| | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid</i> | <i>oxandrolone</i> | <i>perigard</i> |
|78 | 143 | 94 |
| <i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> | <i>oxcarbazepine</i> | <i>permethrin</i> |
|78 | 50 | 97 |
| <i>olopatadine</i> | <i>oxybutynin chloride</i> | <i>perphenazine</i> |
| 137 | 142 | 68 |
| <i>omega-3 acid ethyl esters</i> | <i>oxycodone</i> | <i>perphenazine-amitriptyline</i> |
| 84 | 27 | 54 |
| <i>omeprazole</i> | <i>oxycodone-acetaminophen</i> ... 27 | PERSERIS..... |
| 140 | 27 | 68 |
| OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) | OZEMPIC..... | <i>phenelzine</i> |
|118 | 56 | 54 |
| OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) | P | <i>phenobarbital</i> |
|118 | | 50 |
| OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) | <i>pacerone</i> | <i>phenytoin</i> |
|118 | 80 | 50 |
| OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) | <i>paclitaxel protein-bound</i> | <i>phenytoin sodium</i> |
| 118 | 43 | 50 |
| OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3) | <i>paliperidone</i> | <i>phenytoin sodium extended</i> .. |
|118 | 68 | 50 |
| OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) | PANRETIN | PIFELTRO |
|118 | 94 | 72 |
| OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) | <i>pantoprazole</i> | <i>pilocarpine hcl</i> |
|118 | 140, 141 | 94, 159 |
| OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) | <i>paricalcitol</i> | <i>pimecrolimus</i> |
|119 | 157 | 96 |
| OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) | <i>paroxetine hcl</i> | <i>pimozide</i> |
|119 | 54 | 68 |
| ONAPGO..... | PAXLOVID | <i>pimtreea (28)</i> |
| 64 | 74 | 92 |
| <i>ondansetron</i> | <i>pazopanib</i> | <i>pioglitazone</i> |
| 62 | 43 | 56 |
| <i>ondansetron hcl</i> | PEDIARIX (PF)..... | <i>pioglitazone-metformin</i> |
| 62 | 154 | 56 |
| ONUREG..... | PEDVAX HIB (PF)..... | PIP PEN NEEDLE |
| 43 | 154 | 120 |
| OPDIVO..... | <i>peg 3350-electrolytes</i> | <i>piperacillin-tazobactam</i> |
| 43 | 142 | 34 |
| OPDIVO QVANTIG..... | PEGASYS | PIQRAY |
| 43 | 74, 75 | 43, 44 |
| OPDUALAG..... | <i>peg-electrolyte soln</i> | <i>pirfenidone</i> |
| 43 | 142 | 164 |
| OPIPZA | PEMAZYRE | <i>pirmella</i> |
| 68 | 43 | 92 |
| OPSUMIT | <i>pemetrexed disodium</i> | <i>pitavastatin calcium</i> |
| 165 | 43 | 84 |
| ORENCIA | PEMRYDI RTU..... | PLEGRIDY..... |
| 150 | 43 | 87 |
| ORENCIA (WITH MALTOSE) | PEN NEEDLE..... | <i>pnv 29-1</i> |
|150 | 119 | 166 |
| ORENCIA CLICKJECT | PEN NEEDLE, DIABETIC .. | <i>pnv-dha + docusate</i> |
| 150 | 103, | 166 |
| ORFADIN | 112, 117, 119, 121 | <i>pnv-omega</i> |
| 136 | PEN NEEDLE, DIABETIC, | 166 |
| ORGOVYX | SAFETY..... | <i>podofilox</i> |
| 146 | 122 | 94 |
| ORLISSA..... | PENBRAYA (PF)..... | <i>polycin</i> |
| 146 | 154 | 138 |
| ORKAMBI..... | PENBRAYA MENACWY | <i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> |
| 163 | COMPONENT(PF)..... |138 |
| <i>orquidea</i> | 154 | POMALYST |
| 92 | PENBRAYA MENB | 44 |
| ORSERDU..... | COMPONENT (PF)..... | <i>portia 28</i> |
| 43 | 154 | 92 |
| <i>oseltamivir</i> | PENTACEL (PF) | <i>posaconazole</i> |
| 74 | 154 | 60 |
| OSENVELT | <i>pentamidine</i> | <i>potassium chloride</i> |
| 157 | 63 | 160 |
| OTEZLA..... | PENTIPS PEN NEEDLE | <i>potassium citrate</i> |
| 150 | 119 | 160 |
| OTEZLA STARTER | <i>pentoxifylline</i> | <i>pr natal 400</i> |
| 150 | 77 | 166 |
| OTEZLA XR..... | <i>perampanel</i> | <i>pr natal 400 ec</i> |
| 150 | 50 | 166 |
| OTEZLA XR INITIATION | <i>perindopril erbumine</i> | <i>pr natal 430</i> |
| 150 | 79 | 166 |
| | | <i>pramipexole</i> |
| | | 64 |
| | | <i>prasugrel hcl</i> |
| | | 77 |
| | | <i>pravastatin</i> |
| | | 84 |
| | | <i>praziquantel</i> |
| | | 63 |
| | | <i>prazosin</i> |
| | | 78 |
| | | <i>prednisolone</i> |
| | | 144 |
| | | <i>prednisolone acetate</i> |
| | | 140 |
| | | <i>prednisolone sodium phosphate</i> |
| | |144, 145 |
| | | <i>prednisone</i> |
| | | 145 |

| | | | | | |
|--|-----|---|----------|---------------------------------------|--------|
| <i>pregabalin</i> | 50 | <i>promethegan</i> | 62 | REZLIDHIA..... | 44 |
| PREMARIN..... | 144 | <i>propafenone</i> | 80 | REZUROCK..... | 150 |
| PREMPHASE..... | 144 | <i>propranolol</i> | 80 | RHOPRESSA..... | 159 |
| PREMPRO..... | 144 | <i>propylthiouracil</i> | 146 | <i>ribavirin</i> | 75 |
| <i>prena1 true</i> | 166 | PROQUAD (PF)..... | 155 | <i>rifabutin</i> | 62 |
| <i>prenaissance</i> | 166 | <i>protriptyline</i> | 54 | <i>rifampin</i> | 62 |
| <i>prenaissance plus</i> | 166 | PULMOZYME..... | 136 | <i>rilpivirine</i> | 72 |
| <i>prenatabs fa</i> | 166 | PURE COMFORT ALCOHOL | | <i>riluzole</i> | 87 |
| <i>prenatal 19</i> | 166 | PADS..... | 121 | RINVOQ..... | 150 |
| <i>prenatal 19 (with docusate)</i> .. | 166 | PURE COMFORT PEN | | RINVOQ LQ..... | 150 |
| <i>prenatal plus</i> | 166 | NEEDLE..... | 121 | <i>risperidone</i> | 68, 69 |
| <i>prenatal plus (calcium carb)</i> .. | 166 | PURE COMFORT SAFETY | | <i>risperidone microspheres</i> | 68 |
| <i>prenatal vitamin plus low iron</i> | | PEN NEEDLE..... | 120, 121 | <i>ritonavir</i> | 72 |
| ..... | 166 | <i>pyrazinamide</i> | 62 | RITUXAN HYCELA..... | 44 |
| <i>prenatal-u</i> | 166 | <i>pyridostigmine bromide</i> | 158 | <i>rivaroxaban</i> | 76 |
| <i>preplus</i> | 166 | <i>pyrimethamine</i> | 63 | <i>rivastigmine</i> | 52 |
| <i>pretab</i> | 166 | Q | | <i>rivastigmine tartrate</i> | 52 |
| <i>prevalite</i> | 84 | QINLOCK..... | 44 | <i>rizatriptan</i> | 61 |
| PREVENT DROPSAFE PEN | | QUADRACEL (PF)..... | 155 | <i>r-natal ob</i> | 166 |
| NEEDLE..... | 120 | <i>quetiapine</i> | 68 | ROCKLATAN..... | 160 |
| <i>previfem</i> | 92 | <i>quinapril</i> | 79 | <i>roflumilast</i> | 164 |
| PREVYMIS..... | 74 | <i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> .. | 79 | ROMVIMZA..... | 44 |
| PREZCOBIX..... | 72 | <i>quinidine sulfate</i> | 80 | <i>ropinirole</i> | 64 |
| PREZISTA..... | 72 | <i>quinine sulfate</i> | 63 | <i>rosadan</i> | 95 |
| PRIFTIN..... | 62 | QULIPTA..... | 61 | <i>rosuvastatin</i> | 84 |
| PRIMAQUINE..... | 63 | R | | ROTARIX..... | 155 |
| <i>primidone</i> | 50 | RABAVERT (PF)..... | 155 | ROTATEQ VACCINE..... | 155 |
| PRIORIX (PF)..... | 155 | <i>rabeprazole</i> | 141 | ROZLYTREK..... | 44 |
| PRO COMFORT ALCOHOL | | RALDESY..... | 54 | RUBRACA..... | 44 |
| PADS..... | 120 | <i>raloxifene</i> | 144 | <i>rufinamide</i> | 50 |
| PRO COMFORT INSULIN | | <i>ramipril</i> | 79 | RUKOBIA..... | 73 |
| SYRINGE..... | 120 | <i>ranolazine</i> | 82 | RYBELSUS..... | 56 |
| PRO COMFORT PEN NEEDLE | | <i>rasagiline</i> | 64 | RYBREVANT..... | 44 |
| ..... | 120 | RASUVO (PF)..... | 150 | RYBREVANT FASPRO..... | 44 |
| <i>probenecid</i> | 60 | RAYALDEE..... | 158 | RYDAPT..... | 44 |
| <i>probenecid-colchicine</i> | 60 | <i>reclipsen (28)</i> | 92 | RYKINDO..... | 69 |
| PROCALAMINE 3%..... | 78 | RECOMBIVAX HB (PF)..... | 155 | RYTELO..... | 44 |
| <i>prochlorperazine</i> | 62 | RELENZA DISKHALER..... | 74 | S | |
| <i>prochlorperazine edisylate</i> | 62, | <i>repaglinide</i> | 56 | <i>sacubitril-valsartan</i> | 79 |
| 68 | | REPATHA PUSHTRONEX.... | 84 | SAFESNAP INSULIN SYRINGE | |
| <i>prochlorperazine maleate</i> | 62 | REPATHA SURECLICK..... | 84 | ..... | 121 |
| <i>procto-med hc</i> | 96 | REPATHA SYRINGE..... | 84 | SAFETY PEN NEEDLE..... | 122 |
| <i>proctosol hc</i> | 96 | RETACRIT..... | 77 | SANTYL..... | 94 |
| <i>proctozone-hc</i> | 96 | RETEVMO..... | 44 | <i>sapropterin</i> | 136 |
| PRODIGY INSULIN SYRINGE | | RETROVIR..... | 72 | SCEMBLIX..... | 44 |
| ..... | 120 | REVCovi..... | 136 | <i>scopolamine base</i> | 63 |
| <i>progesterone micronized</i> | 146 | REVUFORJ..... | 44 | SECUADO..... | 69 |
| PROGRAF..... | 150 | REXULTI..... | 68 | SECURESAFE INSULIN | |
| PROLASTIN-C..... | 164 | REYATAZ..... | 72 | SYRINGE..... | 122 |
| <i>promethazine</i> | 62 | REZDIFFRA..... | 146 | | |

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| SECURES SAFE PEN NEEDLE | SPIRIVA RESPIMAT | SYNJARDY |
| 122 | 162 | 56 |
| SELARSDI | <i>spironolactone</i> | SYNJARDY XR |
| 150, 151 | 83 | 56 |
| <i>select-ob</i> | <i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i> | SYNRIBO |
| 166 | 83 | 45 |
| <i>select-ob (folic acid)</i> | SPRAVATO | SYRINGE WITH NEEDLE, |
| 166 | 54 | SAFETY |
| <i>selegiline hcl</i> | <i>sprintec (28)</i> | 122 |
| 64 | 92 | T |
| <i>selenium sulfide</i> | SPRITAM | TABLOID |
| 95 | 50 | 45 |
| SELZENTRY | <i>sps (with sorbitol)</i> | TABRECTA |
| 73 | 141 | 45 |
| <i>se-natal 19 chewable</i> | <i>sronyx</i> | <i>tacrolimus</i> |
| 166 | 92 | 96, 151 |
| SEREVENT DISKUS | <i>ssd</i> | <i>tadalafil</i> |
| 162 | 95 | 165 |
| SEROSTIM | <i>stavudine</i> | TAFINLAR |
| 146 | 73 | 45 |
| <i>sertraline</i> | STERILE PADS | TAGRISO |
| 54 | 122 | 45 |
| <i>setlakin</i> | STIOLTO RESPIMAT | TALVEY |
| 92 | 162 | 45 |
| <i>sevelamer carbonate</i> | STIVARGA | TALZENNA |
| 142 | 45 | 45 |
| <i>sevelamer hcl</i> | STOBOCLO | <i>tamoxifen</i> |
| 142 | 158 | 45 |
| SEZABY | STRENSIQ | <i>tamsulosin</i> |
| 50 | 136 | 143 |
| <i>sf 5000 plus</i> | <i>streptomycin</i> | <i>tarina 24 fe</i> |
| 94 | 30 | 92 |
| <i>sharobel</i> | STRIBILD | <i>tarina fe 1-20 eq (28)</i> |
| 92 | 73 | 92 |
| SHINGRIX (PF) | STRIVERDI RESPIMAT | <i>taron-c dha</i> |
| 155 | 162 | 166 |
| SIGNIFOR | <i>subvenite</i> | <i>taron-prex prenatal-dha</i> |
| 146 | 51 | 166 |
| <i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> | SUBVENITE | TASIGNA |
| 165 | 50 | 45 |
| <i>silver sulfadiazine</i> | <i>sucralfate</i> | TAVNEOS |
| 95 | 141 | 151 |
| SIMBRINZA | <i>sulfacetamide sodium</i> | <i>tazarotene</i> |
| 160 | 138 | 97 |
| <i>simliya (28)</i> | <i>sulfacetamide-prednisolone</i> | <i>tazicef</i> |
| 92 | 139 | 32 |
| SIMPLI PEN NEEDLE | <i>sulfadiazine</i> | <i>taztia xt</i> |
| 112 | 34 | 81 |
| <i>simvastatin</i> | <i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> | TAZVERIK |
| 84 | 34 | 45 |
| <i>sirolimus</i> | <i>sulfasalazine</i> | TDVAX |
| 151 | 157 | 155 |
| SIRTURO | <i>sulindac</i> | TECHLITE INSULIN SYRINGE |
| 62 | 28 | 124 |
| SKY SAFETY PEN NEEDLE | <i>sumatriptan</i> | TECHLITE INSULN SYR(HALF |
| 122 | 61 | UNIT)..... 123, 124 |
| SKYLA | <i>sumatriptan succinate</i> | TECHLITE PEN NEEDLE ... 124 |
| 92 | 61, 62 | TECHLITE PLUS PEN NEEDLE |
| SKYRIZI | <i>sunitinib malate</i> | 124 |
| 151 | 45 | TECVAYLI |
| <i>sodium chloride 0.45 %</i> | SUNLENCA | 45 |
| 161 | 73 | TEFLARO |
| <i>sodium chloride 0.9 %</i> | SURE COMFORT ALCOHOL | 32 |
| 161 | PREP PADS | <i>telmisartan</i> |
| <i>sodium fluoride-pot nitrate</i> | 123 | 79 |
| 94 | SURE COMFORT INS. SYR. U- | <i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> |
| <i>sodium oxybate</i> | 100 | 79 |
| 165 | 122 | <i>temazepam</i> |
| <i>sodium polystyrene sulfonate</i> | SURE COMFORT INSULIN | 30 |
| 141 | SYRINGE | TEMIXYS |
| <i>sodium,potassium,mag sulfates</i> | 122, 123 | 73 |
| 142 | SURE COMFORT PEN | TENIVAC (PF) |
| <i>solifenacin</i> | NEEDLE | 155 |
| 143 | 122, 123 | <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> |
| SOLQUA 100/33 | SURE COMFORT SAFETY | 73 |
| 58 | PEN NEEDLE | TEPMETKO |
| SOLTAMOX | 122 | 45 |
| 44 | SURE-FINE PEN NEEDLES | <i>terazosin</i> |
| SOMATULINE DEPOT | 123 | 143 |
| 146 | SURE-JECT INSULIN | <i>terbinafine hcl</i> |
| SOMAVERT | SYRINGE | 60 |
| 146 | 123 | <i>terconazole</i> |
| <i>sorafenib</i> | SURE-PREP ALCOHOL PREP | 61 |
| 44 | PADS | <i>teriparatide</i> |
| <i>sorine</i> | 123 | 158 |
| 80 | SYMPAZAN | TERUMO INSULIN SYRINGE |
| <i>sotalol</i> | 51 | 125 |
| 81 | SYMTUZA | |
| <i>sotalol af</i> | 73 | |
| 80 | | |

| | | | | | |
|--|---------|---|---------|----------------------------|---------------|
| <i>testosterone</i> | 143 | TRADJENTA | 56 | TRIZIVIR..... | 73 |
| <i>testosterone cypionate</i> | 143 | <i>tramadol</i> | 27 | TROGARZO..... | 73 |
| <i>testosterone enanthate</i> | 143 | <i>tramadol-acetaminophen</i> | 27 | <i>trosipium</i> | 143 |
| TETANUS,DIPHThERIA TOX | | <i>trandolapril</i> | 79 | TRUE COMFORT ALCOHOL | |
| PED(PF)..... | 156 | <i>trandolapril-verapamil</i> | 80 | PADS | 126 |
| <i>tetrabenazine</i> | 87 | <i>tranexamic acid</i> | 77 | TRUE COMFORT INSULIN | |
| <i>tetracycline</i> | 35 | <i>tranylcypromine</i> | 54 | SYRINGE | 126 |
| TEVIMBRA | 45 | <i>travoprost</i> | 160 | TRUE COMFORT PEN | |
| THALOMID | 159 | <i>trazodone</i> | 54 | NEEDLE..... | 126 |
| <i>theophylline</i> | 163 | TRECTOR | 62 | TRUE COMFORT PRO | |
| THINPRO INSULIN SYRINGE | | TRELEGY ELLIPTA | 163 | ALCOHOL PADS..... | 127 |
| ..... | 125 | TRELSTAR | 45, 46 | TRUE COMFORT PRO INS | |
| <i>thioridazine</i> | 69 | TREMFYA | 151 | SYRINGE | 125, 126, 127 |
| <i>thiothixene</i> | 69 | TREMFYA ONE-PRESS | 151 | TRUE COMFORT SAFE | |
| <i>tiadylt er</i> | 81 | TREMFYA PEN..... | 151 | INSULIN SYRG | 126, 127 |
| <i>tiagabine</i> | 51 | TREMFYA PEN INDUCTION | | TRUE COMFORT SAFETY | |
| TIBSOVO..... | 45 | PK(2PEN)..... | 151 | PEN NEEDLE..... | 126 |
| <i>ticagrelor</i> | 77 | <i>tretinoin</i> | 97 | TRUEPLUS INSULIN ... | 127, 128 |
| TICE BCG..... | 45 | <i>tretinoin (antineoplastic)</i> | 46 | TRUEPLUS PEN NEEDLE . | 127 |
| TICOVAC..... | 156 | <i>tri femynor</i> | 92 | TRULICITY | 56 |
| <i>tigecycline</i> | 35 | <i>triamcinolone acetonide</i> .. | 94, 96, | TRUMENBA..... | 156 |
| <i>tilia fe</i> | 92 | 97, 145 | | TRUQAP..... | 46 |
| <i>timolol</i> | 160 | <i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> | | TRUXIMA..... | 46 |
| <i>timolol maleate</i> | 81, 160 | ..... | 83 | TUKYSA | 46 |
| <i>tinidazole</i> | 63 | <i>tridacaine ii</i> | 28 | TURALIO | 46 |
| <i>tiotropium bromide</i> | 163 | <i>trientine</i> | 143 | <i>turqoz (28)</i> | 93 |
| TIVDAK..... | 45 | <i>tri-estarylla</i> | 92 | TWINRIX (PF)..... | 156 |
| TIVICAY..... | 73 | <i>trifluoperazine</i> | 69 | TYBOST | 159 |
| TIVICAY PD..... | 73 | <i>trifluridine</i> | 139 | TYENNE | 151 |
| <i>tizanidine</i> | 164 | <i>trihexyphenidyl</i> | 64 | TYENNE AUTOINJECTOR. | 151 |
| TOBI PODHALER..... | 30 | TRIJDARDY XR..... | 56 | TYMLOS..... | 158 |
| <i>tobramycin</i> | 139 | TRIKAFTA..... | 164 | TYPHIM VI..... | 156 |
| <i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ...30 | | <i>tri-legest fe</i> | 92 | U | |
| <i>tobramycin sulfate</i> | 30 | <i>tri-linyah</i> | 92 | UBRELVY | 62 |
| <i>tobramycin-dexamethasone</i> ..139 | | <i>tri-lo-estarylla</i> | 93 | UDENYCA ONBODY | 77 |
| <i>tolterodine</i> | 143 | <i>tri-lo-marzia</i> | 93 | ULTICARE | 128, 129 |
| <i>tolvaptan</i> | 83 | <i>tri-lo-mili</i> | 93 | ULTICARE INSULIN SYRINGE | |
| <i>tolvaptan (polycys kidney dis)</i> 83 | | <i>tri-lo-sprintec</i> | 93 | ..... | 128 |
| TOPCARE CLICKFINE..... | 125 | <i>trimethoprim</i> | 31 | ULTICARE INSULN SYR(HALF | |
| TOPCARE ULTRA COMFORT | | <i>tri-mili</i> | 93 | UNIT)..... | 128 |
| ..... | 125 | <i>trimipramine</i> | 54 | ULTICARE PEN NEEDLE... 128 | |
| <i>topiramate</i> | 51 | TRINTELLIX..... | 54 | ULTICARE SAFETY PEN | |
| <i>toposar</i> | 45 | <i>tri-nymyo</i> | 93 | NEEDLE..... | 129 |
| <i>toremifene</i> | 45 | <i>tri-previfem (28)</i> | 93 | ULTIGUARD SAFEPACK- | |
| <i>torpenz</i> | 45 | <i>tri-sprintec (28)</i> | 93 | INSULIN SYR..... | 129, 130 |
| <i>torse mide</i> | 83 | TRIUMEQ..... | 73 | ULTIGUARD SAFEPACK-PEN | |
| TOUJEO MAX U-300 | | TRIUMEQ PD..... | 73 | NEEDLE..... | 129, 130 |
| SOLOSTAR..... | 58 | <i>trivora (28)</i> | 93 | ULTILET ALCOHOL SWAB | 130 |
| TOUJEO SOLOSTAR U-300 | | <i>tri-vylibra</i> | 93 | ULTILET INSULIN SYRINGE | |
| INSULIN..... | 58 | <i>tri-vylibra lo</i> | 93 | ..... | 114, 130 |

| | | | | | |
|-------------------------------------|---------------|---------------------------------------|----------|-------------------------------------|-----|
| ULTILET PEN NEEDLE..... | 130 | VALCHLOR..... | 94 | <i>virt-c dha</i> | 167 |
| ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT)..... | 112, 122 | <i>valganciclovir</i> | 75 | <i>virt-nate dha</i> | 167 |
| ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE..... | 107, 112, 130 | <i>valproate sodium</i> | 51 | <i>virt-pn dha</i> | 167 |
| ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT)..... | 130 | <i>valproic acid</i> | 51 | <i>virt-pn plus</i> | 167 |
| ULTRA FLO INSULIN SYRINGE..... | 131 | <i>valproic acid (as sodium salt)</i> | 51 | <i>vitafol gummies</i> | 167 |
| ULTRA FLO PEN NEEDLE. | 130, 131 | <i>valsartan</i> | 79 | <i>vitafol nano</i> | 167 |
| ULTRA THIN PEN NEEDLE | 131 | <i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> | 79 | <i>vitafol-ob+dha</i> | 167 |
| ULTRACARE INSULIN SYRINGE..... | 131 | VALTOCO..... | 51 | VITRAKVI..... | 46 |
| ULTRACARE PEN NEEDLE..... | 131, 132 | <i>valtya</i> | 93 | VIVIMUSTA..... | 46 |
| ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT)..... | 132 | <i>vancomycin</i> | 31 | VIVOTIF..... | 156 |
| ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE..... | 132 | VANFLYTA..... | 46 | VIZIMPRO..... | 46 |
| ULTRA-FINE PEN NEEDLE | 132 | VANISHPOINT INSULIN SYRINGE..... | 135 | VOCABRIA..... | 73 |
| ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR..... | 132, 133 | VANISHPOINT SYRINGE .. | 135 | <i>volnea (28)</i> | 93 |
| ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL..... | 133 | VAQTA (PF)..... | 156 | VONJO..... | 46 |
| ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES..... | 133 | <i>varenicline tartrate</i> | 29 | VOQUEZNA..... | 141 |
| ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE..... | 133 | VARIVAX (PF)..... | 156 | VORANIGO..... | 46 |
| UNIFINE OTC PEN NEEDLE..... | 133 | VAXCHORA VACCINE..... | 156 | <i>voriconazole</i> | 60 |
| UNIFINE PEN NEEDLE..... | 133 | VELTASSA..... | 142 | VOSEVI..... | 74 |
| UNIFINE PENTIPS..... | 119, 133, 134 | VELMIDY..... | 73 | VOWST..... | 159 |
| UNIFINE PENTIPS MAXFLOW..... | 134 | VENCLEXTA..... | 46 | <i>vp-ch-pnv</i> | 167 |
| UNIFINE PENTIPS PLUS..... | 134 | VENCLEXTA STARTING PACK..... | 46 | <i>vp-pnv-dha</i> | 167 |
| UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW..... | 134 | <i>venlafaxine</i> | 54 | VRAYLAR..... | 70 |
| UNIFINE PROTECT..... | 134 | VEOZAH..... | 159 | VUMERITY..... | 88 |
| UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE..... | 134 | <i>verapamil</i> | 81 | VYALEV..... | 64 |
| UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE..... | 134, 135 | VERIFINE INSULIN SYRINGE..... | 135, 136 | <i>vylibra</i> | 93 |
| UPTRAVI..... | 165 | VERIFINE PEN NEEDLE ... | 135 | VYLOY..... | 46 |
| <i>ursodiol</i> | 141, 142 | VERIFINE PLUS PEN NEEDLE..... | 135 | VYZULTA..... | 160 |
| <i>ustekinumab-aauz</i> | 151 | VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP..... | 135 | W | |
| UZEDY..... | 69 | VERQUOVO..... | 82 | <i>warfarin</i> | 76 |
| V | | VERSACLOZ..... | 70 | WEBCOL..... | 136 |
| <i>valacyclovir</i> | 75 | VERSALON..... | 136 | WELIREG..... | 46 |
| | | VERZENIO..... | 46 | WINREVAIR..... | 164 |
| | | V-GO 20..... | 136 | <i>wixela inhub</i> | 162 |
| | | V-GO 30..... | 136 | X | |
| | | V-GO 40..... | 136 | XALKORI..... | 46 |
| | | <i>vienna</i> | 93 | <i>xarah fe</i> | 93 |
| | | <i>vigabatrin</i> | 51 | XARELTO..... | 76 |
| | | <i>vigadrone</i> | 51 | XARELTO DVT-PE TREAT 30D START..... | 76 |
| | | <i>vigpoder</i> | 51 | XATMEP..... | 46 |
| | | <i>vilazodone</i> | 54 | XCOPRI..... | 51 |
| | | VIMKUNYA..... | 156 | XCOPRI MAINTENANCE PACK..... | 51 |
| | | <i>vinorelbine</i> | 46 | XCOPRI TITRATION PACK.. | 51 |
| | | <i>viorele (28)</i> | 93 | XDEMYVY..... | 139 |
| | | VIRACEPT..... | 73 | XELJANZ..... | 152 |
| | | VIREAD..... | 73 | XELJANZ XR..... | 152 |
| | | | | XERMELO..... | 142 |
| | | | | XGEVA..... | 158 |
| | | | | XIFAXAN..... | 31 |

| | | | | | |
|-------------------------|-----|-----------------------------------|--------|-------------------------------|-----|
| XIGDUO XR | 56 | <i>yuvafem</i> | 144 | ZOLADEX..... | 47 |
| XIIDRA | 140 | Z | | ZOLINZA..... | 47 |
| XOLAIR | 164 | <i>zafemy</i> | 93 | <i>zolpidem</i> | 165 |
| XOSPATA..... | 47 | <i>zafirlukast</i> | 162 | ZONISADE | 52 |
| XPOVIO..... | 47 | <i>zaleplon</i> | 165 | <i>zonisamide</i> | 52 |
| XTANDI | 47 | <i>zatean-pn dha</i> | 167 | <i>zovia 1/35e (28)</i> | 93 |
| <i>xulane</i> | 93 | <i>zatean-pn plus</i> | 167 | <i>zovia 1-35 (28)</i> | 94 |
| XULTOPHY 100/3.6..... | 58 | ZEJULA..... | 47 | ZTALMY..... | 52 |
| Y | | ZELBORAF | 47 | ZTLIDO | 28 |
| YERVOY..... | 47 | <i>zenatane</i> | 95 | ZURZUVAE | 54 |
| YESINTEK..... | 152 | ZENPEP..... | 137 | ZYDELIG | 47 |
| YF-VAX (PF)..... | 156 | <i>zidovudine</i> | 73, 74 | ZYKADIA | 47 |
| YONSA..... | 47 | ZIIHERA..... | 47 | ZYLET..... | 139 |
| YUFLYMA(CF)..... | 152 | <i>zingiber</i> | 167 | ZYNLONTA..... | 47 |
| YUFLYMA(CF) AI CROHN'S- | | <i>ziprasidone hcl</i> | 70 | ZYNYZ..... | 47 |
| UC-HS..... | 152 | <i>ziprasidone mesylate</i> | 70 | ZYPREXA RELPREVV | 70 |
| YUFLYMA(CF) | | ZIRABEV | 47 | | |
| AUTOINJECTOR | 152 | ZIRGAN..... | 139 | | |



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. Servicios para Miembros de IEHP DualChoice también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.



TTY: 1-800-718-4347

Este número requiere un equipo telefónico especial y es solamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. 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



CORREO POSTAL: IEHP DualChoice

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



CORREO ELECTRÓNICO: memberservices@iehp.org



SITIO WEB: iehp.org

Para obtener información actualizada o si tiene preguntas, comuníquese con nosotros al **1-877-273-IEHP (4347)**, los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-718-4347**, de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. O visite **www.iehp.org**.

Esta lista de medicamentos cubiertos se actualizó el 03/24/2026.