

Enero
2024

Para Miembros **MEDICAMENTOS CUBIERTOS**

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) Plan



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

POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN. Mensaje Importante de lo que Paga por las Vacunas: Algunas vacunas son consideradas beneficios médicos. Otras vacunas son consideradas medicamentos de la Parte D. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Esta lista de medicamentos fue actualizada en la fecha 09/29/2023, Identificación del formulario 00024501, Versión # 05

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) | 2024

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulary)

Introducción

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

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

Tabla de contenidos

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



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratis.

Para obtener más información, visite www.iehp.org.

B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de IEHP DualChoice y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de Medicamentos o tengo problemas para obtenerlo?	8
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento?	10
B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?	10
B12. ¿Cuánto tiempo se tarda en obtener una excepción?	10
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	11
B14. ¿Qué son los medicamentos de venta sin receta médica?	11
B15. ¿IEHP DualChoice cubre productos de venta sin receta médica que no son medicamentos?	11
B16. ¿Puedo recibir medicamentos recetados en mi casa desde mi farmacia local?	11
B17. ¿Cuál es mi copago?	11
C. Descripción general de la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i>	12
D. Lista de Medicamentos por Afección Médica.....	14
E. Índice de Medicamentos Cubiertos.....	131



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

A. Descargos de responsabilidad

Esta es una Lista de Medicamentos que los miembros pueden obtener en IEHP DualChoice.

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



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratis.

Para obtener más información, visite www.iehp.org.

B. Preguntas frecuentes

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

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

Los medicamentos en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* que comienza en la página 14 son los medicamentos cubiertos por IEHP DualChoice (HMO D-SNP). Los medicamentos están disponibles en las farmacias de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un acuerdo con ellos para trabajar conjuntamente y brindarle servicios. Nos referimos a estas farmacias como "farmacias de la red". Los medicamentos recetados incluidos en esta *Lista de Medicamentos Cubiertos* tienen cobertura de IEHP DualChoice. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta sin receta médica y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de servicio al cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su tarjeta de identificación de beneficiario (*Beneficiary Identification Card, BIC*) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 **Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratis.

Para obtener más información, visite www.iehp.org.

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

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

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

Cuando ocurran estos cambios, haremos lo siguiente:

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

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

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

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

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



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

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

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

Puede solicitar una excepción a estos límites. Esto le dará tiempo para hablar con su proveedor médico u otra persona autorizada para emitir recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que puede tomar en lugar de solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si se requieren acciones para obtenerlo?

La tabla de la Lista de Medicamentos por afección médica en la página 16 tiene una columna llamada “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”.

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

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

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

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

- Puede buscar por orden alfabético, o

 **Si tiene alguna pregunta,** por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratis.

Para obtener más información, visite www.iehp.org.

- Puede buscar por afección médica.

Para buscar **alfabéticamente**, busque su medicamento en la sección Índice de Medicamentos Cubiertos. Puede encontrarlo en el índice que comienza en la página 131. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de página en donde puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que se indica en el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

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

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

Si no encuentra su medicamento en la Lista de Medicamentos, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al pie de esta página para consultar al respecto. Si descubre que IEHP DualChoice no cubrirá el medicamento, puede hacer una de estas cosas:

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

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

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

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

Cubriremos un suministro de 31 días de su medicamento si:

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



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

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

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

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



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratis.

Para obtener más información, visite www.iehp.org.

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

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

También puede pedirnos que cambiemos las reglas de su medicamento.

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

B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?

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

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

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

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

Si usted o un profesional que receta medicamentos cree que su salud puede verse perjudicada si tiene que esperar 72 horas para recibir una decisión, puede solicitar una excepción acelerada.

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

Esta es una decisión más rápida. Si la persona autorizada a dar recetas respalda su solicitud, le daremos una decisión dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su doctor.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B17. ¿Cuál es mi copago?

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

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



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratis.

Para obtener más información, visite www.iehp.org.

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

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

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

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

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

La *Lista de Medicamentos Cubiertos* le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por IEHP DualChoice. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de Medicamentos Cubiertos que comienza en la página 131. El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por IEHP DualChoice.

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

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

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

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

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

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



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

ST: Terapia escalonada. En algunos casos, IEHP DualChoice requiere que usted pruebe primero determinados medicamentos para tratar su afección médica. Este es el proceso antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, tanto el Medicamento A como el Medicamento B podrían tratar su afección médica. Es posible que IEHP DualChoice no cubra el Medicamento B a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces IEHP DualChoice cubrirá el Medicamento B.



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratis.

Para obtener más información, visite www.iehp.org.

D. Lista de Medicamentos por Afección Médica

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

Analgésicos	16
Anestésico.....	17
Agentes para Combatir el Abuso de Sustancias/Antiadicción	17
Agentes Ansiolíticos	18
Antibacterianos.....	18
Agentes Contra el Cáncer.....	24
Agentes Anticolinérgicos.....	31
Anticonvulsivos.....	31
Agentes Contra la Demencia	35
Antidepresivos	36
Agentes para Controlar la Diabetes	39
Antimicóticos	42
Agentes para el Tratamiento de la Gota	43
Antihistamínicos.....	44
Antiinfecciosos (Piel Y Membrana Mucosa)	44
Agentes para Combatir la Migraña	44
Antimicobacterianos	45
Agentes Contra las Náuseas	45
Agentes Antiparasitarios	45
Agentes Antiparkinsonianos	46
Agentes Antipsicóticos.....	47
Antivirales (Sistémico)	51
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores de Volumen	54
Agentes Calóricos.....	56

Agentes Cardiovasculares	57
Agentes del Sistema Nervioso Central.....	63
Anticonceptivos	65
Agentes Dentales y Orales	67
Agentes Dermatológicos.....	67
Dispositivos	71
Reemplazo/Modificadores de Enzimas	104
Agentes para Ojos, Oídos, Nariz y Garganta	104
Agentes Gastrointestinales	106
Agentes Genitourinarios	108
Antagonistas de Metales Pesados.....	109
Agentes Hormonales, Estimulantes/de Reemplazo/Modificadores	109
Agentes Inmunológicos.....	112
Agentes de Enfermedades Inflamatorias del Intestino	119
Soluciones de Irrigación.....	119
Agentes de Enfermedades Óseas Metabólicas	119
Agentes Terapéuticos Varios	120
Agentes Oftálmico	121
Preparaciones de Reemplazo.....	122
Agentes de las Vías Respiratoria.....	123
Relajantes del Músculo Esquelético.....	127
Agentes para Trastornos del Sueño.....	127
Agentes Vasodilatadores	127
Vitaminas Y Minerales	128

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Analgésicos		
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5 ml cup outer 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (90 por 1 día)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (90 por 1 día)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (12 por 1 día)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (6 por 1 día)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>endocet oral tablet 5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (8 por 1 día)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (5 por 1 día)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (3 por 1 día)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>oxycodone oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (6 por 1 día)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tramadol oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (8 por 1 día)
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (3 por 1 día)
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (1 por 1 día)
Agentes Antiinflamatorios No Esteroides		

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>diclofenac potassium oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3000 por 93 días)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS; QL (4 por 1 día); AGE (Máx 64 Años)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Anestésico		
Anestésico Locales		
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS; QL (3 por 1 día)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (1.94 por 1 día)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Agentes para Combatir el Abuso de Sustancias/Antiadicción		
Agentes para Combatir el Abuso de Sustancias/Antiadicción		
<i>acamprosate oral tablet,delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 por 1 día)
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (3 por 1 día)



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 por 1 día)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
NARCAN NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 4 MG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	NDS
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
NICOTROL NS NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>varenicline oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Agentes Ansiolíticos		
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (5 por 1 día)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (4 por 1 día)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10 por 1 día)
<i>clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10 por 1 día)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (6 por 1 día)
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (8 por 1 día)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS; QL (40 por 1 día)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (4 por 1 día)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (5 por 1 día)
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS; AGE (Máx 64 Años)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Antibacterianos		
Aminoglucósidos		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (8 por 1 día)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (10 por 1 día)
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antibacterianos, Varios		
CLINDAMYCIN 600 MG/50 ML-NS OUTER,SINGLE-USE	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml, 900 mg/50 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
CLINDAMYCIN IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 600 MG/50 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
FIRVANQ ORAL RECON SOLN 25 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (80 por 1 día)
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (60 por 1 día)
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (2 por 1 día)
<i>metronidazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS; QL (16 por 1 día)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS; QL (8 por 1 día)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (80 por 1 día)
<i>vancomycin oral recon soln 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (40 por 1 día)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
Cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
SUPRAX ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (136 por 10 días)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (20 por 10 días)
<i>erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
ERYTHROGIN INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>erythromycin oral capsule,delayed release(dr/ec) 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>erythromycin oral tablet,delayed release (dr/ec) 333 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Varios Antibióticos Betalactámicos		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K)	\$0 (Nivel 1)	NDS
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nafcillin 1 gm/ 50 ml inj 1 gram/50 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nafcillin injection recon soln 2 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxacillin in dextrose(iso-osm) intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>oxacillin injection recon soln 1 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxacillin injection recon soln 10 gram, 2 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous piggyback 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>penicillin g sodium injection recon soln 5 million unit</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Tetraciclinas		
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>doxycycline monohydrate oral capsule,ir - delay rel,biphase 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
ORACEA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 40 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
Agentes Contra el Cáncer		
Agentes Contra el Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (4 por 1 día)
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
AYVAKIT ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (6 por 1 día)
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
<i>bexarotene topical gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (6 por 1 día)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (4 por 1 día)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (4 por 1 día)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (4 por 1 día)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (4 por 1 día)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (4 por 1 día)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
IMBRUVIDA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)
IMBRUVIDA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
IMBRUVIDA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (8 por 1 día)
IMBRUVIDA ORAL TABLET 140 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (4 por 1 día)
IMBRUVIDA ORAL TABLET 280 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
IMBRUVIDA ORAL TABLET 420 MG, 560 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (4 por 1 día)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (0.18 por 1 día)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (4 por 1 día)
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (6 por 1 día)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG, 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG, 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (0.75 por 1 día)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1.5 por 1 día)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2.25 por 1 día)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (8 por 1 día)

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (4 por 1 día)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (6 por 1 día)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (6 por 1 día)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)
LENVIMA ORAL CAPSULE 4 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (8 por 1 día)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	
LYTGOBI ORAL TABLET 4 MG, 4 MG (4X 4 MG TB), 4 MG (5X 4 MG TB)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS; AGE (Máx 64 Años)
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (42 por 1 día)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (6 por 1 día)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (6 por 1 día)
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS; QL (4 por 1 día)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (4 por 1 día)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (8 por 1 día)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (4 por 1 día)
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (6 por 1 día)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (20 por 1 día)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (10 por 1 día)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
sorafenib oral tablet 200 mg	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS; QL (4 por 1 día)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)
SPRYCEL ORAL TABLET 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (4 por 1 día)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.5 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (Nivel 1)	
TARGETIN TOPICAL GEL 1 %	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (4 por 1 día)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (8 por 1 día)
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
toremifene oral tablet 60 mg	\$0 (Nivel 1)	
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
tretinooin (antineoplastic) oral capsule 10 mg	\$0 (Nivel 1)	NDS
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 75 MG/DAY (25 MG X 3)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (4 por 1 día)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (4 por 1 día)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (6 por 1 día)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (10 por 1 día)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (0.29 por 1 día)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (0.15 por 1 día)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (0.86 por 1 día)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1.15 por 1 día)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
YONSA ORAL TABLET 125 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (4 por 1 día)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)
ZEJULA ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
ZELBORAFL ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (8 por 1 día)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS; QL (4 por 1 día)
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)
Agentes Anticolinérgicos		
Antimuscarínicos/Antiespasmódicos		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (8 por 1 día)
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (20 por 1 día)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (8 por 1 día)
BRIVIACT ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (16 por 1 día)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (16 por 1 día)
EQUETRO ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
FELBATOL ORAL SUSPENSION 600 MG/5 ML	\$0 (Nivel 1)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (24 por 1 día)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (9 por 1 día)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (72 por 1 día)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (6 por 1 día)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (40 por 1 día)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
LAMICTAL XR STARTER (BLUE) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 25 MG (21) -50 MG (7)	\$0 (Nivel 1)	NDS
LAMICTAL XR STARTER (GREEN) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 50 MG(14)-100MG (14)-200 MG (7)	\$0 (Nivel 1)	NDS
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 25MG (14)-50 MG (14)-100MG (7)	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) -100 mg (14)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine oral tablets,dose pack 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (5 por 1 día)
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (16 por 1 día)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 300 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (8 por 1 día)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (4 por 1 día)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; AGE (Máx 64 Años)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; AGE (Máx 64 Años)
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin oral tablet,chewable 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (30 por 1 día)
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (80 por 1 día)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (8 por 1 día)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>subvenite starter (blue) kit oral tablets,dose pack 25 mg (35)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>subvenite starter (green) kit oral tablets,dose pack 25 mg (84) -100 mg (14)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>subvenite starter (orange) kit oral tablets,dose pack 25 mg (42) -100 mg (7)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>topiramate oral capsule,extended release 24hr 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>topiramate oral capsule,extended release 24hr 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>topiramate oral capsule,extended release 24hr 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (16 por 1 día)
<i>topiramate oral capsule,extended release 24hr 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (8 por 1 día)
<i>topiramate oral capsule,sprinkle,er 24hr 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>topiramate oral capsule,sprinkle,er 24hr 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>topiramate oral capsule,sprinkle,er 24hr 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (16 por 1 día)
<i>topiramate oral capsule,sprinkle,er 24hr 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (8 por 1 día)
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>topiramate oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VALTOCO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	\$0 (Nivel 1)	
VALTOCO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2)	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (6 por 1 día)

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
vigadrone oral powder in packet 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
vigadrone oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (6 por 1 día)
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (40 por 1 día)
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (8 por 1 día)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	\$0 (Nivel 1)	
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Contra la Demencia		
Agentes Contra la Demencia		
donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
ergoloid oral tablet 1 mg	\$0 (Nivel 1)	
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
galantamine oral solution 4 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	QL (6.46 por 1 día)
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
memantine oral solution 2 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	QL (10 por 1 día)
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
memantine oral tablets,dose pack 5-10 mg	\$0 (Nivel 1)	NDS
NAMENDA XR ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7-14-21-28 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (1 por 1 día)
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
Antidepresivos		
Antidepresivos		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; AGE (Máx 64 Años)
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (12 por 1 día); AGE (Máx 64 Años)
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 25-10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (6 por 1 día); AGE (Máx 64 Años)
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; AGE (Máx 64 Años)
<i>AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 por 1 día)
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 por 1 día)
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>citalopram oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (20 por 1 día)
<i>citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; AGE (Máx 64 Años)
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; AGE (Máx 64 Años)
<i>desvenlafaxine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>desvenlafaxine oral tablet extended release 24 hr 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (8 por 1 día)
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; AGE (Máx 64 Años)
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; AGE (Máx 64 Años)
<i>DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (20 por 1 día)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS; QL (1 por 1 día)
<i>FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>fluoxetine oral capsule 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>fluoxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (0.15 por 1 día)
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (20 por 1 día)
<i>fluoxetine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 por 1 día)
<i>fluoxetine oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (6 por 1 día)
<i>fluoxetine oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>fluvoxamine oral capsule,extended release 24hr 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 por 1 día)
<i>fluvoxamine oral capsule,extended release 24hr 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 por 1 día)
<i>fluvoxamine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>fluvoxamine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; AGE (Máx 64 Años)
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; AGE (Máx 64 Años)
<i>MARPLAN ORAL TABLET 10 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (6 por 1 día)
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>olanzapine-fluoxetina oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>olanzapine-fluoxetina oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 por 1 día)
<i>paroxetina hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 por 1 día)
<i>paroxetina hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>paroxetina hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (6 por 1 día)
<i>paroxetina hcl oral tablet extended release 24 hr 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 por 1 día)
<i>paroxetina hcl oral tablet extended release 24 hr 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; AGE (Máx 64 Años)
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; AGE (Máx 64 Años)
PROZAC ORAL CAPSULE 20 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>sertraline oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10 por 1 día)
<i>sertraline oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>sertraline oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; AGE (Máx 64 Años)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 por 1 día)
<i>venlafaxine oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 225 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10 por 1 día)
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (5 por 1 día)
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
Agentes para Controlar la Diabetes		
Agentes para Controlar la Diabetes, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 por 1 día)
<i>alogliptin oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>alogliptin-metformin oral tablet 12.5-1,000 mg, 12.5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 1)	
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 1)	
INVOKAMET XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 1)	
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 1)	
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 1)	
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (4 por 1 día)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>metformin oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 por 1 día)



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 por 1 día)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 por 1 día)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	\$0 (Nivel 1)	
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (8 por 1 día)
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 7.5-1,000 MG, 7.5-500 MG	\$0 (Nivel 1)	
STEGLATRO ORAL TABLET 15 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 1)	
STEGLUJAN ORAL TABLET 15-100 MG, 5-100 MG	\$0 (Nivel 1)	
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	\$0 (Nivel 1)	
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	\$0 (Nivel 1)	
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 25-1,000 MG, 5-1,000 MG	\$0 (Nivel 1)	
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
VICTOZA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML)	\$0 (Nivel 1)	
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	\$0 (Nivel 1)	
Insulinas		
BASAGLAR KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (Nivel 1)	QL (1.46 por 1 día)
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100 SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (50-50)	\$0 (Nivel 1)	QL (1.3 por 1 día)

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (75-25)	\$0 (Nivel 1)	QL (1.3 por 1 día)
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (Nivel 1)	QL (1.3 por 1 día)
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.3 por 1 día)
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.3 por 1 día)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.3 por 1 día)
<i>insulin lispro protamine-lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (75-25)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1.46 por 1 día)
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1.46 por 1 día)
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen, half-unit 100 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1.46 por 1 día)
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1.3 por 1 día)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (Nivel 1)	QL (1.46 por 1 día)
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.3 por 1 día)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (Nivel 1)	QL (1.3 por 1 día)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.3 por 1 día)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.3 por 1 día)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (Nivel 1)	QL (1.46 por 1 día)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	\$0 (Nivel 1)	QL (1.46 por 1 día)



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Sulfonilureas		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 por 1 día)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; AGE (Máx 64 Años)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (4 por 1 día); AGE (Máx 64 Años)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (3 por 1 día); AGE (Máx 64 Años)
<i>glyburide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (4 por 1 día); AGE (Máx 64 Años)
Antimicóticos		
Antimicóticos		
<i>ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>caspofungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (60 por 30 días)
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (60 por 30 días)
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>econazole topical cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (4 por 1 día)
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>NOXAFILE ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (40 MG/ML)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (20 por 1 día)
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (2 por 1 día)

Agentes para el Tratamiento de la Gota



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes para el Tratamiento de la Gota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colchicine (gout) oral capsule 0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colchicine (gout) oral tablet 0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; AGE (Máx 64 Años)
Antiinfecciosos (Piel Y Membrana Mucosa)		
Antiinfecciosos (Piel Y Membrana Mucosa)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Agentes para Combatir la Migraña		
Agentes para Combatir la Migraña		
<i>AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (0.04 por 1 día)
<i>dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (40 por 28 días)
<i>MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (24 por 31 días)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (12 por 31 días)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (12 por 31 días)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (9 por 31 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (4 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (4 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (4 por 28 días)

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (16 por 30 días)
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
PASER ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 4 GRAM	\$0 (Nivel 1)	NDS
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
Agentes Contra las Náuseas		
Agentes Contra las Náuseas		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>compro rectal suppository 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>gransetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
<i>ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; AGE (Máx 64 Años)
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS; AGE (Máx 64 Años)
<i>promethegran rectal suppository 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS; AGE (Máx 64 Años)
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10 por 30 días)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
Agentes Antiparkinsonianos		
Agentes Antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
APOKYN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tolcapone oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; AGE (Máx 64 Años)
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; AGE (Máx 64 Años)
ZELAPAR ORAL TABLET,DISINTEGRATING 1.25 MG	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (0.06 por 1 día)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (0.08 por 1 día)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (0.08 por 1 día)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 400 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (0.04 por 1 día)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (0.04 por 1 día)
ABILIFY MYCITE 15 MG START KIT	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
ABILIFY MYCITE 20 MG START KIT	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
ABILIFY MYCITE 30 MG START KIT	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
ABILIFY MYCITE 5 MG START KIT	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET WITH SENSOR AND STRIP 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET WITH SENSOR, STRIP, POD 10 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 por 1 día)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (9 por 1 día)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (6 por 1 día)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 por 1 día)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS; QL (2 por 1 día)
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
HALDOL DECANOATE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 50 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML, 1,560 MG/5 ML	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5 ML, 39 MG/0.25 ML, 78 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML, 410 MG/1.32 ML, 546 MG/1.75 ML, 819 MG/2.63 ML	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
molindone oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (4 por 1 día); AGE (Máx 64 Años)
molindone oral tablet 25 mg	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (9 por 1 día); AGE (Máx 64 Años)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 9 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (16 por 1 día)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; AGE (Máx 64 Años)
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML, 125 MG/0.35 ML, 150 MG/0.42 ML, 200 MG/0.56 ML, 250 MG/0.7 ML, 50 MG/0.14 ML, 75 MG/0.21 ML	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (18 por 1 día)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (1 por 1 día)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
Antivirales (Sistémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 por 1 día)
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>atazanavir oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>darunavir ethanolate oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>darunavir ethanolate oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>EDURANT ORAL TABLET 25 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 por 1 día)
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>efavirenz-lamivu-tenofovir disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (24 por 1 día)
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0 (Nivel 1)	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (6 por 1 día)
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 por 1 día)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (56 por 1 día)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (8 por 1 día)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (40 por 1 día)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 por 1 día)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (12 por 1 día)
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (16 por 1 día)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (8 por 1 día)
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (10 por 1 día)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (8 por 1 día)
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 por 1 día)

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (60 por 1 día)
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	\$0 (Nivel 1)	
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (20 por 1 día)
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (10 por 1 día)
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1 por 1 día)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (9 por 1 día)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	\$0 (Nivel 1)	QL (7.75 por 1 día)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 por 1 día)
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
Antivirales, Varios		
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg, 45 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG, 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1 por 1 día)



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	NDS
rimantadine oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 1)	NDS
Antivirales Hcv		
ledipasvir-sofosbuvir oral tablet 90-400 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1 por 1 día)
sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1 por 1 día)
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS; QL (1 por 1 día)
Interferones		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (0.15 por 1 día)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (0.08 por 1 día)
Nucleósidos y Nucleótidos		
acyclovir oral capsule 200 mg	\$0 (Nivel 1)	
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml	\$0 (Nivel 1)	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	\$0 (Nivel 1)	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
adefovir oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (21 por 1 día)
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nivel 1)	
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
lagevrio (eua) oral capsule 200 mg	\$0 (Nivel 1)	NDS
ribavirin oral capsule 200 mg	\$0 (Nivel 1)	NDS
ribavirin oral tablet 200 mg	\$0 (Nivel 1)	NDS
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
valganciclovir oral tablet 450 mg	\$0 (Nivel 1)	
Productos		
Sanguíneos/Modificadores/Expansores de Volumen		
Anticoagulantes		
dabigatran etexilate oral capsule 150 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
dabigatran etexilate oral capsule 75 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (2.47 por 1 día)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2.46 por 1 día)
enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (34 por 31 días)
enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (27.2 por 31 días)

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (10.2 por 31 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (13.6 por 31 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (20.4 por 31 días)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 2,500 ANTI-XA UNIT/ML, 25,000 ANTI-XA UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 10,000 ANTI-XA UNIT/ML, 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML, 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML, 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML, 2,500 ANTI- XA UNIT/0.2 ML, 5,000 ANTI-XA UNIT/0.2 ML, 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET 110 MG, 150 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	\$0 (Nivel 1)	NDS
XARELTO ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (1 por 1 día)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
XARELTO ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
Modificadores de Formación de Sangre		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	\$0 (Nivel 1)	PA



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	PA
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	PA
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
Agentes Hematológicos, Varios		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
OXBRYTA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (9 por 1 día)
OXBRYTA ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (5 por 1 día)
OXBRYTA ORAL TABLET FOR SUSPENSION 300 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (5 por 1 día)
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Inhibidores de la Agregación Plaquetaria		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
CLINISOL SF 15 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
<i>dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose 5%-water iv soln single use</i>	\$0 (Nivel 1)	
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 30 %	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; AGE (Máx 64 Años)
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; AGE (Máx 64 Años)
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>phenoxybenzamine oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antagonistas del Receptor de Angiotensina II		



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (Nivel 1)	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina		
benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg	\$0 (Nivel 1)	
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg	\$0 (Nivel 1)	
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg	\$0 (Nivel 1)	
fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (Nivel 1)	
fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg	\$0 (Nivel 1)	
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	\$0 (Nivel 1)	
quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
Agentes Antiarrítmicos		
amiodarone oral tablet 200 mg, 400 mg	\$0 (Nivel 1)	
disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; AGE (Máx 64 Años)

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Agentes bloqueantes de los Canales de Calcio		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
<i>CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (15 por 1 día)
<i>CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (2 por 1 día)
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>DIGOXIN ORAL SOLUTION 50 MCG/ML (0.05 MG/ML)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg), 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>amlodipine-valsartan-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>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ethacrynic acid oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Dislipidémicos		
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (8 por 1 día)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (4 por 1 día)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>niacor oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (0.13 por 1 día)
<i>REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (0.11 por 1 día)
<i>REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (0.11 por 1 día)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM	\$0 (Nivel 1)	QL (8 por 1 día)
Inhibidores del Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1 por 1 día)
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin translingual spray, non-aerosol 400 mcg/spray</i>	\$0 (Nivel 1)	
Agentes del Sistema Nervioso Central		
Agentes del Sistema Nervioso Central		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 por 1 día)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>atomoxetine oral capsule 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (4 por 1 día)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (2 por 1 día)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>dextmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (2 por 1 día)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg, 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i> fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
<i> glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i> glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i> guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1 por 1 día); AGE (Máx 64 Años)
INGREZZA INITIATION PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1 por 1 día)
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1 por 1 día)
<i> lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i> lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i> lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i> methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i> methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i> methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i> methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i> methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i> methylphenidate transdermal patch 24 hour 10 mg/9 hr, 15 mg/9 hr, 20 mg/9 hr, 30 mg/9 hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
REBIF (WITH ALBUMIN) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	PA

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6)	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SYRINGE 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6)	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
RELYVRIOR ORAL POWDER IN PACKET 3-1 GRAM	\$0 (Nivel 1)	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (2 por 1 día)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	\$0 (Nivel 1)	ST; NDS; QL (1.97 por 1 día)
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>finzala oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24)/75 mg (4)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>leena 28 oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorgestrel-ethynodiol dihydrooral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorgestrel-ethynodiol dihydro tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindrone-e.estrad-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindrone-e.estrad-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindrone-e.estrad-iron oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norgestimate-ethynodiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28), 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-estarrylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-estarrylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Dentales y Orales		
Agentes Dentales y Orales		
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Agentes Dermatológicos		
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
ALCOHOL 70% SWABS	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED	\$0 (Nivel 1)	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>annesteem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BD SINGLE USE SWAB	\$0 (Nivel 1)	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	\$0 (Nivel 1)	
<i>claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	\$0 (Nivel 1)	
HYFTOR TOPICAL GEL 0.2 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (12 por 28 días)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
IV ANTISEPTIC WIPES	\$0 (Nivel 1)	
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	\$0 (Nivel 1)	
<i>methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	\$0 (Nivel 1)	
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	\$0 (Nivel 1)	
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	\$0 (Nivel 1)	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	\$0 (Nivel 1)	NDS
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	\$0 (Nivel 1)	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	\$0 (Nivel 1)	
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB	\$0 (Nivel 1)	
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	\$0 (Nivel 1)	
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clindamycin phosphate topical lotion 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 %(I % base) -5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ery pads topical swab 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>metronidazole topical gel 0.75 %, 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ANUSOL-HC TOPICAL CREAM WITH PERINEAL APPLICATOR 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluocinolone topical solution 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>hydrocortisone-min oil-wht pet topical ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>TRITOCIN TOPICAL OINTMENT 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Retinoides Dermatológicos		
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	PA
TAZORAC TOPICAL GEL 0.05 %, 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>tretinooin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>tretinooin topical gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Escabicidas y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Dispositivos		
Dispositivos		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE	\$0 (Nivel 1)	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	\$0 (Nivel 1)	
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	

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

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



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 PLY) 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS SYR 1 ML 29GX12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	

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

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



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	

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

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



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

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

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

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



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	\$0 (Nivel 1)	
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	\$0 (Nivel 1)	
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	\$0 (Nivel 1)	
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	\$0 (Nivel 1)	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	\$0 (Nivel 1)	
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
LITETOUGH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
LITETOUGH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
NOVOFINE 30 NEEDLE	\$0 (Nivel 1)	
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	\$0 (Nivel 1)	
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"	\$0 (Nivel 1)	
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM, STRL, SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PENTIPS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
PENTIPS PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	\$0 (Nivel 1)	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	\$0 (Nivel 1)	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
RELI ON 31G X 1/4" NEEDLES 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 29	\$0 (Nivel 1)	
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	\$0 (Nivel 1)	
RELION MINI PEN 31G X 1/4" NDL 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
RELION PEN NEEDLES 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
SM STERILE PADS 2" X 2" 2"X2", STERILE 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	

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

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



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8"	\$0 (Nivel 1)	
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
TRUE CMFR PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE CMFR PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE CMFR PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 1)	

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	
Reemplazo/Modificadores de Enzimas		
Reemplazo/Modificadores de Enzimas		
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	\$0 (Nivel 1)	
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
<i>sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>sapropterin oral tablet,soluble 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT	\$0 (Nivel 1)	
Agentes para Ojos, Oídos, Nariz y Garganta		
Agentes para Ojos, Oídos, Nariz y Garganta, Varios		
<i>azelastine nasal aerosol,spray 137 mcg (0.1 %)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (1 por 1 día)
LACRISERT OPHTHALMIC (EYE) INSERT 5 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>OXERVATE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.002 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1 por 1 día)
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Agentes Antiinfecciosos para Ojos, Oídos, Nariz y Garganta		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear) dropperette 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	\$0 (Nivel 1)	NDS
Agentes Antiinflamatorios para Ojos, Oídos, Nariz y Garganta		
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
Agentes Gastrointestinales		

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes Antiulcerosos y Supresores de Ácido		
cimetidine oral tablet 300 mg	\$0 (Nivel 1)	
esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 40 mg	\$0 (Nivel 1)	
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	\$0 (Nivel 1)	
lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg, 30 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	\$0 (Nivel 1)	
omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 40 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
sucralfate oral tablet 1 gram	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Gastrointestinales, Otros		
constulose oral solution 10 gram/15 ml	\$0 (Nivel 1)	
cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml	\$0 (Nivel 1)	NDS
dicyclomine oral capsule 10 mg	\$0 (Nivel 1)	
dicyclomine oral tablet 20 mg	\$0 (Nivel 1)	
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml	\$0 (Nivel 1)	NDS
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	\$0 (Nivel 1)	NDS
enulose oral solution 10 gram/15 ml	\$0 (Nivel 1)	
generlac oral solution 10 gram/15 ml	\$0 (Nivel 1)	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg	\$0 (Nivel 1)	
lactulose oral solution 10 gram/15 ml	\$0 (Nivel 1)	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	\$0 (Nivel 1)	
loperamide oral capsule 2 mg	\$0 (Nivel 1)	
lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml	\$0 (Nivel 1)	NDS
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	NDS
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1 por 1 día)
PHEBURANE ORAL GRANULES 483 MG/GRAM	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram	\$0 (Nivel 1)	
sodium polystyrene sulfonate oral powder	\$0 (Nivel 1)	
ursodiol oral capsule 300 mg	\$0 (Nivel 1)	
ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM-12 GRAM/175 ML	\$0 (Nivel 1)	
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram	\$0 (Nivel 1)	NDS
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	\$0 (Nivel 1)	
peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	\$0 (Nivel 1)	NDS
peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram	\$0 (Nivel 1)	NDS
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram	\$0 (Nivel 1)	NDS
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM	\$0 (Nivel 1)	
Aglutinantes de Fosfato		
calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg	\$0 (Nivel 1)	
calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg	\$0 (Nivel 1)	
FOSRENOL ORAL POWDER IN PACKET 1,000 MG, 750 MG	\$0 (Nivel 1)	
sevelamer carbonate oral powder in packet 2.4 gram	\$0 (Nivel 1)	
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	\$0 (Nivel 1)	
sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Genitourinarios		
Antiespasmódicos, Urinarios		
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	NDS
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (1 por 1 día)
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml	\$0 (Nivel 1)	
oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trospium oral capsule,extended release 24hr 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antagonistas de Metales Pesados		
Antagonistas de Metales Pesados		
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
Agentes Hormonales, Estimulantes/de Reemplazo/Modificadores		
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 10 mg/0.5 gram /actuation, 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %), 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram), 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram), 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
Estrógenos Y Antiestrógenos		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1 por 1 día); AGE (Máx 64 Años)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; AGE (Máx 64 Años)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; AGE (Máx 64 Años)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	\$0 (Nivel 1)	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	\$0 (Nivel 1)	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>methylprednisolone oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
Pituitaria		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.2 MG/0.25 ML, 0.4 MG/0.25 ML, 0.6 MG/0.25 ML, 0.8 MG/0.25 ML, 1 MG/0.25 ML, 1.2 MG/0.25 ML, 1.4 MG/0.25 ML, 1.6 MG/0.25 ML, 1.8 MG/0.25 ML, 2 MG/0.25 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG/ML (36 UNIT/ML), 5 MG/ML (15 UNIT/ML)	\$0 (Nivel 1)	PA
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	\$0 (Nivel 1)	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (3 por 1 día)
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (2 por 1 día)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
SYNAREL NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 2 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
Progestágenos		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; AGE (Máx 64 Años)
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Tiroideos y Antitiroideos		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
<i>ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
<i>BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 28 días)
<i>CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	\$0 (Nivel 1)	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	\$0 (Nivel 1)	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	\$0 (Nivel 1)	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	\$0 (Nivel 1)	PA
ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; QL (2 por 1 día)
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 1 mg	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
gengraf oral solution 100 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 1)	PA



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (0.15 por 1 día)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (0.15 por 1 día)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 50 MG/0.4 ML	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (0.06 por 1 día)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 87.5 MG/0.7 ML	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (0.1 por 1 día)
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	\$0 (Nivel 1)	PA
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 45 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1 por 1 día)
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	\$0 (Nivel 1)	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (10 por 1 día)
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (2 por 1 día)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1 por 1 día)
Vacunas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5.3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
AREXVY ANTIGEN COMPONENT 120 MCG	\$0 (Nivel 1)	NDS
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	\$0 (Nivel 1)	NDS

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
IPOP INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
JYNNEOS (PF)(STOCKPILE) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	\$0 (Nivel 1)	NDS
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
PENTACEL DTAP-IPV COMPNT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 62 DU/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
PREHEVBRI (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	\$0 (Nivel 1)	NDS



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML, 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (58 UNT/ML)	\$0 (Nivel 1)	NDS
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	\$0 (Nivel 1)	NDS
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	\$0 (Nivel 1)	NDS

Agentes de Enfermedades Inflamatorias del Intestino

Agentes de Enfermedades Inflamatorias del Intestino

<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>budesonide oral tablet,delayed and ext.release 9 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

Soluciones de Irrigación

Soluciones de Irrigación

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

Agentes de Enfermedades Óseas

Metabólicas



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes de Enfermedades Óseas Metabólicas		
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (0.15 por 1 día)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; QL (4 por 1 día)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (0.04 por 1 día)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (0.04 por 1 día)
<i>risedronate oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (1 por 1 día)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (0.15 por 1 día)
<i>risedronate oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	\$0 (Nivel 1)	PA
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; NDS; QL (0.2 por 1 día)
Agentes Terapéuticos Varios		
Agentes Terapéuticos Varios		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
CYSTADANE ORAL POWDER 1 GRAM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (6 por 1 día)
<i>glucagon emergency kit (human) injection recon soln 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	\$0 (Nivel 1)	
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (0.15 por 1 día)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (0.15 por 1 día)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
Agentes Oftálmico		
Agentes para Tratar el Glaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	\$0 (Nivel 1)	QL (5 por 30 días)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
Preparaciones de Reemplazo		
Preparaciones de Reemplazo		
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>electrolyte-148 intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ISOLYTE S IV SOLUTION-EXCEL SINGLE USE</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
<i>ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>magnesium sulfate injection solution 4 meq/ml (50 %)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>magnesium sulfate injection syringe 4 meq/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 20 meq/100 ml, 40 meq/100 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 20 meq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium chloride 3 % hypertonic intravenous parenteral solution 3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>sodium chloride 5 % hypertonic intravenous parenteral solution 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Agentes de las Vías Respiratoria		
Antiinflamatorios, Corticoides Inhalados		
<i>ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (0.4 por 1 día)
<i>ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; QL (8 por 1 día)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.5 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; QL (4 por 1 día)



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; QL (2 por 1 día)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 250 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	QL (0.4 por 1 día)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	QL (0.8 por 1 día)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	QL (0.36 por 1 día)
<i>fluticasone furoate-vilanterol inhalation blister with device 100-25 mcg/dose, 200-25 mcg/dose</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (0.4 por 1 día)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (0.8 por 1 día)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (0.36 por 1 día)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation aerosol powdr breath activated 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (0.04 por 1 día)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	QL (0.71 por 1 día)
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	QL (0.34 por 1 día)
<i>wixela inhale inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
Antileucotrienos		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
Broncodilatadores		
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation, 90 mcg/actuation (nda020503), 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/3 ml (0.083 %)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; QL (18.59 por 1 día)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; QL (3.23 por 1 día)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	QL (0.86 por 1 día)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	QL (0.2 por 1 día)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; QL (18.39 por 1 día)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; QL (18 por 1 día)
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (24 por 1 día)
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 1.25 mg/0.5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (3 por 1 día)
<i>levalbuterol tartrate inhalation hfa aerosol inhaler 45 mcg/actuation</i>	\$0 (Nivel 1)	
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	QL (0.14 por 1 día)
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	QL (0.14 por 1 día)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	QL (0.14 por 1 día)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 por 1 día)
VENTOLIN HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 1)	
Agentes de las Vías Respiratorias, Otros		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD; NDS
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG	\$0 (Nivel 1)	PA
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (9 por 1 día)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (9 por 1 día)
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (3 por 1 día)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (2 por 1 día)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (2 por 1 día)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0 (Nivel 1)	PA NSO
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (9 por 1 día)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (9 por 1 día)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (3 por 1 día)
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,SUV	\$0 (Nivel 1)	PA
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	\$0 (Nivel 1)	PA

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO; QL (2 por 1 día)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	PA
ZEMAIRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
Relajantes del Músculo Esquelético		
Relajantes del Músculo Esquelético		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS; QL (3 por 1 día); AGE (Máx 64 Años)
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methocarbamol oral tablet 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS; AGE (Máx 64 Años)
<i>tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Agentes para Trastornos del Sueño		
Agentes para Trastornos del Sueño		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1 por 1 día)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (2 por 1 día)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 por 1 día)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (1 por 1 día)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (1 por 1 día)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (1 por 1 día)
Agentes Vasodilatadores		
Agentes Vasodilatadores		
<i>alyq oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (2 por 1 día)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (2 por 1 día)



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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TADLIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML)	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (10 por 1 día)
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoride (sodium) oral tablet 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoride 0.25 mg tablet chew cherry flavor (rx) 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoride 0.5 mg tablet chew grape flavor (rx) 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoride 1 mg tablet chewable (rx) 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoritab 0.5 mg tablet chew (rx) 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoritab 1 mg tablet chew (rx) 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flura-drops oral drops 0.25 mg(0.55 mg sod.fluor)/drop</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ludent fluoride 0.25 mg tb chw d/f, chewable (rx) 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ludent fluoride 0.5 mg tb chew d/f, chewable (rx) 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ludent fluoride 1 mg tab chew d/f, chewable (rx) 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg	\$0 (Nivel 1)	
obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe	\$0 (Nivel 1)	
obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg	\$0 (Nivel 1)	
o-cal prenatal tablet 15 mg iron- 1,000 mcg	\$0 (Nivel 1)	
pnv 29-1 tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg	\$0 (Nivel 1)	
pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg	\$0 (Nivel 1)	
pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg	\$0 (Nivel 1)	
pnv-omega softgel 28-1-300 mg	\$0 (Nivel 1)	
pnv-vp-u oral capsule 106.5-1 mg	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg	\$0 (Nivel 1)	
prenaI true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg	\$0 (Nivel 1)	
prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg	\$0 (Nivel 1)	
prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg	\$0 (Nivel 1)	
prenatabs fa tablet 29-1 mg	\$0 (Nivel 1)	
prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg	\$0 (Nivel 1)	
prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg	\$0 (Nivel 1)	
prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg	\$0 (Nivel 1)	
prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg	\$0 (Nivel 1)	
prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg	\$0 (Nivel 1)	
prenatal-u capsule 106.5-1 mg	\$0 (Nivel 1)	
preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg	\$0 (Nivel 1)	
pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg	\$0 (Nivel 1)	
r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg	\$0 (Nivel 1)	
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg	\$0 (Nivel 1)	
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg	\$0 (Nivel 1)	
se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg	\$0 (Nivel 1)	



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

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

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

E. Índice de Medicamentos Cubiertos

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

1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS	
.....	71
1ST TIER UNIFINE PENTIPS	
PLUS	71
A	
abacavir	51
abacavir-lamivudine	51
ABELCET	42
ABILIFY ASIMTUFII	47
ABILIFY MAINTENA	47
ABILIFY MYCITE	
MAINTENANCE KIT	48
ABILITY MYCITE	
STARTER KIT	47, 48
abiraterone	24
ABOUTTIME PEN NEEDLE	
.....	71
ABRYSVO	115
acamprosate	17
acarbose	39
acebutolol	59
acetaminophen-codeine	16
acetazolamide	121
acetic acid	105
acetylcysteine	126
acitretin	67
ACTHAR	110
ACTHIB (PF)	115
ACTIMMUNE	120
acyclovir	54, 68
acyclovir sodium	54
ADACEL(TDAP	
ADOLESN/ADULT)(PF)	
.....	115, 116
adefovir	54
ADVAIR HFA	123
ADVOCATE PEN NEEDLE	
.....	72
ADVOCATE SYRINGES	71,
72	
AFINITOR DISPERZ	24
AIMOVIG AUTOINJECTOR	
.....	44
AKEEGA	24
albendazole	46
albuterol sulfate	124, 125
ALCOHOL PADS	68
ALCOHOL PREP PADS	68
ALCOHOL PREP SWABS	68
ALCOHOL SWABS	68
ALCOHOL WIPES	68
ALECENSA	24
alendronate	120
alfuzosin	109
aliskiren	63
allopurinol	44
alogliptin	39
alogliptin-metformin	39
alosetron	119
ALPHAGAN P	121
alprazolam	18
ALUNBRIG	24
alyq	127
amantadine hcl	46
AMBISOME	42
ambrisentan	127
amikacin	18
amiloride	61
amiodarone	58
amitriptyline	36
amitriptyline-chlordiazepoxide	36
amlodipine	61
amlodipine-benazepril	61
amlodipine-valsartan-hcthiazid	61
ammonium lactate	68
amnesteem	68
amoxapine	36
amoxicillin	22
amoxicillin-pot clavulanate	22
amphotericin b	42
amphotericin b liposome	42
ampicillin	22
ampicillin sodium	22
ampicillin-sulbactam	22
anagrelide	56
anastrozole	24
ANORO ELLIPTA	125
ANUSOL-HC	69
APOKYN	46
apomorphine	46
aprepitant	45
apri	65
APTIOM	31
APTVUS	51
AQINJECT PEN NEEDLE	72
ARCALYST	112
AREXVY (PF)	116
AREXVY ANTIGEN	
COMPONENT	116
aripiprazole	48
armodafinil	127
ARNUITY ELLIPTA	123
asenapine maleate	48
aspirin-dipyridamole	56
ASSURE ID DUO-SHIELD	72
ASSURE ID INSULIN	
SAFETY	72, 73
ASSURE ID PEN NEEDLE	72
ASTAGRAF XL	112
atazanavir	51
atenolol	59
atenolol-chlorthalidone	59
atomoxetine	63
atorvastatin	62
atovaquone	46
atovaquone-proguanil	46
ATROVENT HFA	125
AUBAGIO	63
aubra eq	65
AUSTEDO	63
AUVELITY	36
aviane	65
AYVAKIT	24
azathioprine	112
azelastine	104
azithromycin	21
aztreonam	21
B	
bacitracin	105

bacitracin-polymyxin b	105
baclofen.....	127
bal-care dha.....	128
bal-care dha essential	128
balsalazide.....	119
BALVERSA	24
balziva (28)	65
BARACLUDE	54
BASAGLAR KWIKPEN U- 100 INSULIN	40
BCG VACCINE, LIVE (PF)	116
BD ALCOHOL SWABS	68
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	73
BD ECLIPSE LUER-LOK ..	73
BD INSULIN SYRINGE.....	73
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	73
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP	73
BD INSULIN SYRINGE U- 500	73
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE	73
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	73
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	73, 74
BD SAFETYGLIDE SYRINGE.....	74
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	74
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	74
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	74
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE	74
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	74
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	74
BD VEO INSULIN SYRINGE UF	74
benazepril.....	58
benazepril-hydrochlorothiazide	58
benztropine.....	46
BESREMI	112
betaine	120
betamethasone dipropionate	69
betamethasone valerate.....	69
betamethasone, augmented..	70
betaxolol	59
bethanechol chloride.....	108
bexarotene	24
BEXSERO.....	116
bicalutamide	24
BICILLIN C-R	22
BICILLIN L-A	22
BIKTARVY	51
bisoprolol fumarate.....	59
bisoprolol-hydrochlorothiazide	59
BOOSTRIX TDAP.....	116
BORDERED GAUZE	74
BOSULIF	24
BRAFTOVI	24
BREO ELLIPTA	123
BRILINTA	56
brimonidine	121
BRIVIACT	31
bromocriptine	46
BRONCHITOL	126
BRUKINSA.....	24
budesonide	119, 123, 124
bumetanide	61
buprenorphine hcl.....	17
buprenorphine-naloxone.....	18
bupropion hcl.....	36
bupropion hcl (smoking deter)	18
buspirone	120
C	
cabergoline	46
CABOMETYX.....	24
calcipotriene	68
calcitonin (salmon)	120
calcitriol.....	120
calcium acetate(phosphat bind)	108
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	24
camila	65
candesartan	58
CAPLYTA.....	48
CAPRELSA.....	24
captorpril-hydrochlorothiazide	58
carbamazepine.....	31
carbidopa-levodopa.....	46
CAREFINE PEN NEEDLE.	74
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	68
CARETOUCH INSULIN SYRINGE	75
CARETOUCH PEN NEEDLE	75
cartia xt.....	60
carvedilol.....	59
caspofungin	42
CAYSTON.....	21
cefaclor.....	20
cefadroxil	20
cefazolin	20
cefdinir	20
cefepime	20
cefixime.....	20
cefoxitin	20
cefepodoxime	20
cefprozil	20
ceftazidime	20
ceftriaxone.....	20
cefuroxime axetil	20
cefuroxime sodium.....	20, 21
celecoxib	17
CELONTIN.....	31
cephalexin	21
cetirizine.....	44
chlordiazepoxide hcl	18
chlordiazepoxide-clidinium .	31
chlorhexidine gluconate	67
chloroquine phosphate	46
chlorpromazine	48
chlorthalidone	61
cholestyramine (with sugar).	62
cholestyramine light.....	62
ciclopirox	42
cilostazol	56
CIMDUO	51
cimetidine.....	107
CIMZIA	112
CIMZIA POWDER FOR RECONST	112
cinacalcet.....	120
ciprofloxacin hcl	23, 105

ciprofloxacin in 5 % dextrose	23
ciprofloxacin-dexamethasone	105
citalopram	36
claravis	68
clarithromycin	21
CLENPIQ.....	108
CLICKFINE PEN NEEDLE	75
clindamycin hcl	19
CLINDAMYCIN IN 0.9 % SOD CHLOR	19
clindamycin in 5 % dextrose	19
CLINDAMYCIN IN 5 % DEXTROSE	19
clindamycin phosphate..	19, 44, 69
clindamycin-benzoyl peroxide	69
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	56
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE.....	57
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE.....	57
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	57
CLINISOL SF 15 %.....	57
clobazam	31
clobetasol	70
clomipramine	36
clonazepam	18
clonidine.....	57
clonidine hcl.....	57
clopидogrel	56
clorazepate dipotassium	18
clotrimazole.....	42
clotrimazole-betamethasone	42
clozapine	48
c-nate dha	128
COARTEM.....	46
colchicine (gout)	44
colesevelam.....	62
colestipol	62
colistin (colistimethate na)....	19
COMBIVENT RESPIMAT	125
COMETRIQ.....	25
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	75, 76, 77
COMFORT EZ PEN NEEDLES.....	76
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL.....	76
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE	77
COMPLERA	51
completenate	128
compro	45
constulose	107
COPIKTRA	25
CORLANOR	60
COSENTYX	112
COSENTYX (2 SYRINGES)	112
COSENTYX PEN (2 PENS)	112
COSENTYX UNOREADY PEN	112
COTELLIC.....	25
CREON	104
cromolyn	104, 107, 126
cryselle (28)	65
CURAD GAUZE PAD	77
CURITY ALCOHOL SWABS	68
CURITY GAUZE.....	77, 78
cyclobenzaprine	127
cyclophosphamide	25
cyclosporine.....	106, 113
cyclosporine modified	112, 113
cyred eq	65
CYSTADANE.....	120
D	
d10 %-0.45 % sodium chloride	122
d2.5 %-0.45 % sodium chloride	122
d5 % and 0.9 % sodium chloride	122
d5 %-0.45 % sodium chloride	122
dabigatran etexilate.....	54
dalfampridine.....	63
DALIRESP.....	126
danazol.....	109
dantrolene	127
dapsone	45
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	116
daptomycin.....	19
darunavir ethanolate	51
DAURISMO	25
deferasirox	109
DELSTRIGO	51
DENGVAXIA (PF)	116
DEPO-SUBQ PROVERA	104
.....	111
DERMACEA	78
DERMACEA NON-WOVEN	78
DESCOVY	51
desipramine	36
desmopressin.....	110, 111
desvenlafaxine	36
desvenlafaxine succinate.....	36
dexamethasone	110
dexamethasone sodium phosphate	106
dexmethylphenidate	63
dextroamphetamine sulfate ..	63
dextroamphetamine-amphetamine	63
dextrose 10 % and 0.2 % nacl	122
dextrose 10 % in water (d10w)	57
dextrose 5 % in water (d5w)	57
dextrose 5%-0.2 % sod chloride	122
DIACOMIT	31
diazepam	18, 31
diazepam intensol.....	18
diazoxide	120
diclofenac potassium	17
diclofenac sodium	17, 106
dicloxacillin.....	22
dicyclomine	107
DIFICID	21
digitek	60
digox	60
digoxin	60
DIGOXIN	60
dihydroergotamine	44
DILANTIN	31
diltiazem hcl	60
dilt-xr.....	60
dimethyl fumarate	64
diphenoxylate-atropine	107
disopyramide phosphate.....	58

disulfiram	18
divalproex	31, 32
dofetilide	59
donepezil	35
dorzolamide.....	121
dorzolamide-timolol.....	121
DOVATO.....	51
doxazosin	57
doxepin.....	36
doxy-100	23
doxycycline hyclate	23
doxycycline monohydrate ...	23, 24
DRIZALMA SPRINKLE	36
dronabinol	45
DROPLET INSULIN	
SYR(HALF UNIT).....	78
DROPLET INSULIN	
SYRINGE.....	78, 79
DROPLET MICRON PEN	
NEEDLE	79
DROPLET PEN NEEDLE ..	79
DROPSAFE ALCOHOL	
PREP PADS	68
DROPSAFE INSULIN	
SYRINGE.....	79
DROPSAFE PEN NEEDLE	80
drospirenone-ethynodiol	
.....	65
droxidopa	57
DUAVEE	110
duloxetine.....	37
DUPIXENT PEN	113
DUPIXENT SYRINGE	113
dutasteride	109
E	
EASY COMFORT	
ALCOHOL PAD	68
EASY COMFORT INSULIN	
SYRINGE.....	80
EASY COMFORT PEN	
NEEDLES	80
EASY GLIDE INSULIN	
SYRINGE.....	81
EASY GLIDE PEN NEEDLE	
.....	81
EASY TOUCH	82
EASY TOUCH ALCOHOL	
PREP PADS	68

EASY TOUCH FLIPLOCK	
INSULIN.....	82
EASY TOUCH FLIPLOCK	
SYRINGE	81
EASY TOUCH INSULIN	
SAFETY SYR.....	81
EASY TOUCH INSULIN	
SYRINGE	81, 82, 83
EASY TOUCH LUER LOCK	
INSULIN.....	82
EASY TOUCH PEN NEEDLE	
.....	82
EASY TOUCH SAFETY PEN	
NEEDLE	82, 83
EASY TOUCH	
SHEATHLOCK INSULIN	
.....	81, 82
EASY TOUCH UNI-SLIP ..	83
econazole	42
EDURANT	51
efavirenz	51
efavirenz-emtricitabin-tenofovir	
.....	51
efavirenz-lamivu-tenofov	
disop	51
electrolyte-148	122
ELIGARD	25
ELIGARD (3 MONTH) ..	25
ELIGARD (4 MONTH) ..	25
ELIGARD (6 MONTH) ..	25
ELIQUIS	54
ELIQUIS DVT-PE TREAT	
30D START	54
ELMIRON	120
eluryng	65
EMBRACE PEN NEEDLE.	83
EMCYT	25
EMSAM	37
emtricitabine	51
emtricitabine-tenofovir (tdf)	51
EMTRIVA	51
enalapril maleate.....	58
enalapril-hydrochlorothiazide	
.....	58
ENBREL	113
ENBREL MINI	113
ENBREL SURECLICK	113
ENDARI.....	120
endocet.....	16
ENGERIX-B (PF)	116
ENGERIX-B PEDIATRIC	
(PF)	116
enoxaparin	54, 55
enpresse	65
entacapone	46
entecavir	54
ENTRESTO	58
enulose	107
ENVARSUS XR	113
EPIDIOLEX	32
epinephrine	60
eplerenone	63
EPRONTIA	32
EQUETRO	32
ergoloid	35
ergotamine-caffeine	44
ERIVEDGE	25
ERLEADA	25
erlotinib	25
errin	65
ertapenem	21
ery pads	69
ERYTHROCIN	21
erythrocin (as stearate)	21
erythromycin	21, 105
erythromycin with ethanol ..	69
erythromycin-benzoyl	
peroxide	69
ESBRIET	126
escitalopram oxalate	37
esomeprazole magnesium ..	107
estradiol	110
ethacrylic acid	61
ethambutol	45
ethosuximide	32
ethynodiol diac-eth estradiol	
.....	65
etravirine	51
everolimus (antineoplastic) ..	25
everolimus	
(immunosuppressive) ..	113
EVOTAZ	51
EXEL INSULIN	83
exemestane	25
EXKIVITY	25
ezetimibe	62
ezetimibe-simvastatin	62
F	
falmina (28).....	65

famciclovir 54
 famotidine 107
 FANAPT 48
 FARXIGA 39
 febuxostat 44
 felbamate 32
 FELBATOL 32
 felodipine 61
 fenofibrate 62
 fenofibrate micronized 62
 fenofibrate nanocrystallized 62
 fenofibric acid (choline) 62
 fentanyl 16
 fentanyl citrate 16
 FETZIMA 37
 finasteride 109
 fingolimod 64
 FINTEPLA 32
 finzala 65
FIRMAGON KIT W
 DILUENT SYRINGE 25
FIRVANQ 19
FLEBOGAMMA DIF 113
 flecainide 59
FLOVENT DISKUS 124
FLOVENT HFA 124
 fluconazole 43
 fluconazole in nacl (iso-osm)
 42
 flucytosine 43
 fludrocortisone 110
 flunisolide 106
 fluocinolone 70
 fluocinonide 70
 fluoride (sodium) 128, 130
 fluoritab 128
 fluorometholone 106
 fluorouracil 68
 fluoxetine 37
 fluphenazine decanoate 48
 fluphenazine hcl 48
 flura-drops 128
 flurbiprofen sodium 106
 fluticasone furoate-vilanterol
 124
 fluticasone propionate 106, 124
 fluticasone propion-salmeterol
 124
 fluvoxamine 37
 folivane-ob 128

fondaparinux 55
 fosamprenavir 51
 fosinopril 58
 fosinopril-hydrochlorothiazide
 58
FOSRENOL 108
FOTIVDA 25
FRAGMIN 55
FREESTYLE PRECISION . 84
FULPHILA 55
 furosemide 61
FUZEON 51
FYCOMPA 32
G
 gabapentin 32
 galantamine 35
GAMMAGARD LIQUID . 113
GAMUNEX-C 113
GARDASIL 9 (PF) 116
GAUZE PAD 84
 gavilyte-c 108
 gavilyte-g 108
GAVRETO 25
 gefitinib 25
 gemfibrozil 62
 generlac 107
 gengraf 113
GENOTROPIN 111
GENOTROPIN MINIQUICK
 111
gentamicin 19, 69, 105
 gentamicin in nacl (iso-osm) 19
GENVOYA 52
GILENYA 64
GILOTrif 26
 glatiramer 64
 glatopa 64
GLEOSTINE 26
 glimepiride 42
 glipizide 42
 glipizide-metformin 42
 glucagon emergency kit
 (human) 120
 glyburide 42
 glyburide micronized 42
 glyburide-metformin 42
 glycyrrolate 107
 granisetron hcl 45
 griseofulvin microsize 43
 guanfacine 57, 64

H
 hailey 24 fe 65
HALDOL DECANOATE 48
 haloette 65
 haloperidol 49
 haloperidol decanoate 48
 haloperidol lactate 48, 49
HAVRIX (PF) 116
HEALTHWISE INSULIN
 SYRINGE 84
HEALTHWISE PEN
 NEEDLE 84
HEALTHY ACCENTS
 UNIFINE PENTIP ... 84, 85
 heparin (porcine) 55
HEPLISAV-B (PF) 116
HIBERIX (PF) 116
HUMALOG MIX 50-50
 INSULN U-100 40
HUMALOG MIX 75-25(U-
 100)INSULN 41
HUMIRA 113
HUMIRA PEN 113
HUMIRA PEN CROHNS-UC-
 HS START 113
HUMIRA PEN PSOR-
 UVEITS-ADOL HS 113
HUMIRA(CF) 114
HUMIRA(CF) PEDI
 CROHNS STARTER ... 114
HUMIRA(CF) PEN 114
HUMIRA(CF) PEN
 CROHNS-UC-HS 114
HUMIRA(CF) PEN
 PEDIATRIC UC 114
HUMIRA(CF) PEN PSOR-
 UV-ADOL HS 114
HUMULIN 70/30 U-100
 INSULIN 41
HUMULIN N NPH U-100
 INSULIN 41
HUMULIN R REGULAR U-
 100 INSULN 41
HUMULIN R U-500 (CONC)
 INSULIN 41
 hydralazine 60
 hydrochlorothiazide 61
 hydrocodone-acetaminophen 16
 hydrocodone-ibuprofen 16
 hydrocortisone 70, 110, 119

hydrocortisone-acetic acid	105
hydrocortisone-min oil-wht pet	
.....	70
hydromorphone	16
hydroxychloroquine	46
hydroxyurea	26
hydroxyzine hcl	44
hydroxyzine pamoate	120
HYFTOR	68
I	
ibandronate	120
IBRANCE	26
<i>ibu</i> 17	
ibuprofen	17
icatibant	60
ICLUSIG	26
icosapent ethyl	62
IDHIFA	26
imatinib	26
IMBRUVICA	26
imipenem-cilastatin	22
imipramine hcl	37
imipramine pamoate	37
imiquimod	68
IMOVAZ RABIES VACCINE (PF)	116
INCONTROL ALCOHOL PADS	68
INCONTROL PEN NEEDLE	85
INCRELEX	111
INCRUSE ELLIPTA	125
indapamide	61
indomethacin	17
INFANRIX (DTAP) (PF)	117
INGREZZA	64
INGREZZA INITIATION PACK	64
INLYTA	26
INQOVI	26
INREBIC	26
insulin lispro	41
insulin lispro protamin-lispro	41
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK	85
INSULIN SYRINGE	73
INSULIN SYRINGE MICROFINE	73

INSULIN SYRINGE NEEDLELESS	73
INSULIN SYRINGE- NEEDLE U-100	73, 75, 83, 85, 86, 91, 92, 95
INSUPEN PEN NEEDLE	86
INTELENCE	52
INTRALIPID	57
INVEGA HAFYERA	49
INVEGA SUSTENNA	49
INVEGA TRINZA	49
INVOKAMET	39
INVOKAMET XR	39
INVOKANA	39
IPOL	117
ipratropium bromide	104, 125
ipratropium-albuterol	125
irbesartan	58
irbesartan-hydrochlorothiazide	58
IRESSA	26
ISENTRESS	52
ISENTRESS HD	52
ISOLYTE S PH 7.4	122
ISOLYTE-S	122
isoniazid	45
isosorbide dinitrate	63
isosorbide mononitrate	63
isotretinoin	68
itraconazole	43
IV PREP WIPES	68
ivermectin	46
IXIARO (PF)	117
J	
JAKAFI	26
jantoven	55
JANUMET	39
JANUMET XR	39
JANUVIA	39
JARDIANCE	39
jasmiel (28)	66
JAYPIRCA	26
JULUCA	52
junel 1.5/30 (21)	66
junel 1/20 (21)	66
junel fe 1.5/30 (28)	66
junel fe 1/20 (28)	66
JYNNEOS (PF)(STOCKPILE)	117

K	
KALYDECO	126
KERENDIA	63
ketoconazole	43
ketorolac	106
KINERET	114
KINRIX (PF)	117
KISQALI	26
KISQALI FEMARA CO- PACK	26
KLOR-CON	122
klor-con m10	122
klor-con m15	122
KORLYM	39
KOSELUGO	26, 27
kosher prenatal plus iron	128
KRAZATI	27
L	
labetalol	59
lacosamide	32
LACRISERT	104
lactulose	107
lagevrio (eua)	54
LAMICTAL XR STARTER (BLUE)	32
LAMICTAL XR STARTER (GREEN)	32
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE)	32
lamivudine	52
lamivudine-zidovudine	52
lamotrigine	32, 33
lansoprazole	107
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	41
LANTUS U-100 INSULIN	41
lapatinib	27
larin 1.5/30 (21)	66
larin 1/20 (21)	66
latanoprost	121
LATUDA	49
ledipasvir-sofosbuvir	54
leena 28	66
leflunomide	114
lenalidomide	27
LENVIMA	27
lessina	66
letrozole	27
leucovorin calcium	121
LEUKERAN	27

LEUKINE	55
leuprolide	27
leuprolide (3 month)	27
levalbuterol hcl.....	125
levalbuterol tartrate	125
levetiracetam	33
levobunolol	121
levocarnitine.....	121
levocetirizine	44
levofloxacin.....	23
levofloxacin in d5w.....	23
levonorgestrel-ethinyl estrad	66
levonorg-eth estrad triphasic	66
levora-28	66
levothyroxine	112
LEXIVA.....	52
lidocaine	17
lidocaine hcl	17
lidocaine viscous.....	17
lidocaine-prilocaine.....	17
linezolid.....	19
linezolid in dextrose 5%.....	19
LINZESS.....	107
liothyronine	112
LISCO	86
lisinopril	58
lisinopril-hydrochlorothiazide	58
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES	86
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE.....	86, 87
lithium carbonate	64
LOKELMA	107
LONSURF	27
loperamide.....	107
lopinavir-ritonavir	52
lorazepam.....	18
LORBRENA	27
loryna (28).....	66
losartan	58
losartan-hydrochlorothiazide	58
lovastatin	62
loxapine succinate.....	49
lubiprostone.....	107
ludent fluoride.....	128
LUMAKRAS	27
LUPRON DEPOT.....	111
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	27, 111
LUPRON DEPOT (4 MONTH).....	27
LUPRON DEPOT (6 MONTH).....	27
lurasidone	49
LYBALVI	49
LYNPARZA.....	27
LYSODREN.....	27
LYTGOBI	27
M	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG.....	87
MAGELLAN SYRINGE	87
magnesium sulfate	122
malathion	71
maraviroc	52
marnatal-f	128
MARPLAN	37
MATULANE.....	27
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	87
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE	87
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	87
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE	87, 88
meclizine	45
medroxyprogesterone	112
mefloquine.....	46
megestrol	27, 112
MEKINIST	27, 28
MEKTOVI.....	28
meloxicam	17
memantine	35
MENACTRA (PF)	117
MENQUADFI (PF)	117
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	117
meprobamate	18
mercaptopurine	28
meropenem	22
merzee	66
mesalamine	119
MESNEX.....	121
metformin	39, 40
methazolamide.....	121
methimazole	112
methocarbamol.....	127
methotrexate sodium	28
methotrexate sodium (pf)....	28
methoxsalen	68
methsuximide	33
methyldopa- hydrochlorothiazide	57
methylphenidate	64
methylphenidate hcl	64
methylprednisolone	110
methyltestosterone	109
metoclopramide hcl.....	107
metolazone	61
metoprolol succinate	59
metoprolol ta-hydrochlorothiaz	59
metoprolol tartrate.....	59
metronidazole.....	19, 44, 69
metronidazole in nacl (iso-os)	19
metyrosine	61
mexiletine.....	59
micafungin	43
miconazole-3	43
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE	88
microgestin 1.5/30 (21).....	66
microgestin 1/20 (21).....	66
microgestin fe 1.5/30 (28)....	66
microgestin fe 1/20 (28).....	66
midodrine	57
MIGERGOT	44
MINI ULTRA-THIN II.....	88
minocycline	24
minoxidil	63
mirtazapine	37
misoprostol	107
M-M-R II (PF)	117
m-natal plus.....	128
modafinil	127
molindone	49
mometasone	70
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING	89
MONOJECT INSULIN SYRINGE.....	88, 89
MONOJECT SYRINGE.....	88
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN..	100
montelukast	124

morphine	16
MORPHINE.....	16
morphine concentrate.....	16
MOVANTIK.....	107
moxifloxacin	23, 105
moxifloxacin-sod.ace,sul-water	23
moxifloxacin-sod.chloride(iso)	23
MULTAQ	59
mupirocin	69
mycophenolate mofetil.....	114
mycophenolate sodium	114
mynatal.....	128
mynatal advance.....	128
mynatal plus	128
mynatal-z.....	128
mynate 90 plus	128
MYRBETRIQ	108
N	
nabumetone	17
nadolol.....	59
nafcillin	22
nafcillin in dextrose iso-osm	22
naloxone	18
naltrexone.....	18
NAMENDA XR.....	35
naproxen.....	17
NARCAN.....	18
NATACYN.....	105
nateglinide.....	40
NAYZILAM	33
necon 0.5/35 (28)	66
nefazodone	37
neomycin.....	19
neomycin-bacitracin-poly-hc	105
neomycin-bacitracin-polymyxin.....	105
neomycin-polymyxin b-dexameth	105
neomycin-polymyxin-gramicidin.....	105
neomycin-polymyxin-hc ...	105, 106
NERLYNX	28
NEUPRO.....	47
nevirapine.....	52
newgen	128
NEXAVAR	28
niacin	62
niacor	62
NICOTROL	18
NICOTROL NS.....	18
nifedipine	61
nikki (28)	66
nilutamide	28
NINLARO	28
nitazoxanide.....	46
nitrofurantoin	20
nitrofurantoin macrocrystal .	19
nitrofurantoin monohyd/m-cryst.....	20
nitroglycerin	63
niva-plus	129
NIVESTYM	55
norethindrone (contraceptive)	66
norethindrone acetate.....	112
norethindrone ac-eth estradiol	66
norethindrone-e.estriadiol-iron	66
norgestimate-ethinyl estradiol	66
nortrel 0.5/35 (28).....	67
nortrel 1/35 (21).....	67
nortrel 1/35 (28).....	67
nortrel 7/7/7 (28)	67
nortriptyline	38
NORVIR.....	52
NOVOFINE 30.....	89
NOVOFINE 32.....	89
NOVOFINE PLUS	89
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN.....	41
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN.....	41
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN.....	41
NOVOTWIST	89
NOXAFL	43
NUBEQA	28
NUCALA	126
NUDEEXTA	64
NUPLAZID	49
NUTRILIPID.....	57
nyamyc	43
nystatin	43
nystatin-triamcinolone.....	43
nystop	43
O	
obstetrix dha.....	129
obstetrix dha prenatal duo..	129
o-cal prenatal.....	129
octreotide acetate	111
ODEFSEY	52
ODOMZO	28
OFEV	126
ofloxacin	23, 106
olanzapine	49
olanzapine-fluoxetine.....	38
olopatadine	105
omega-3 acid ethyl esters....	62
omeprazole	107
OMNITROPE	111
ondansetron	45
ondansetron hcl	45
ONUREG	28
ORACEA	24
ORENCIA	114
ORENCIA CLICKJECT....	114
ORGOVYXX.....	111
ORKAMBI.....	126
ORSERDU	28
oseltamivir.....	53
OTEZLA	114
OTEZLA STARTER	114
oxacillin.....	22
oxacillin in dextrose(iso-osm)	22
oxandrolone.....	109
OXBRYTA	56
oxcarbazepine	33
OXERVATE	105
OXTELLAR XR.....	33
oxybutynin chloride ...	108, 109
oxycodone	16
oxycodone-acetaminophen ..	16
OZEMPIC	40
P	
paliperidone.....	49
PANRETIN	68
pantoprazole	107
paricalcitol.....	120
paromomycin	46
paroxetine hcl.....	38
PASER	45
PAXLOVID	53
PEDIARIX (PF).....	117

PEDVAX HIB (PF)	117	polymyxin b sulf-trimethoprim	106	preplus.....	129
peg 3350-electrolytes	108	POMALYST	28	pretab.....	129
PEGASYS.....	54	portia 28.....	67	prevalite.....	62
peg-electrolyte soln.....	108	posaconazole	43	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE	90
PEMAZYRE	28	potassium chlorid-d5- 0.45%nacl.....	122	PREVYMIS	53
PEN NEEDLE ...83, 89, 90, 92		potassium chloride....	122, 123	PREZCOBIX	52
PEN NEEDLE, DIABETIC 77, 88, 89, 90, 91		potassium chloride in 5 % dex	122	PREZISTA	52
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY	92	potassium chloride in water	122	PRIFTIN	45
penicillamine	109	potassium chloride-d5- 0.2%nacl.....	123	PRIMAQUINE	46
penicillin g pot in dextrose...22		potassium chloride-d5- 0.9%nacl.....	123	primidone	33
penicillin g potassium	22	potassium citrate.....	123	PRIORIX (PF)	117
penicillin g sodium.....	23	pr natal 400.....	129	PRO COMFORT ALCOHOL PADS	68
penicillin v potassium	23	pr natal 400 ec	129	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	90
PENTACEL (PF)	117	pr natal 430.....	129	PRO COMFORT PEN NEEDLE	90, 91
PENTACEL DTAP-IPV COMPNT (PF)	117	pr natal 430 ec	129	probenecid.....	44
pentamidine.....	46	PRADAXA.....	55	prochlorperazine	45
PENTIPS	90	pramipexole	47	prochlorperazine maleate	45
pentoxifylline	56	prasugrel	56	PROCRTI.....	56
periogard	67	pravastatin	62	procto-med hc	70
permethrin	71	praziquantel	46	proctosol hc	70
perphenazine	49	prazosin	57	protozone-hc	70
perphenazine-amitriptyline ..38		prednisolone	110	PRODIGY INSULIN SYRINGE	91
PHEBURANE.....	107	prednisolone acetate	106	PROGRAF	114
phenelzine	38	prednisolone sodium phosphate	106, 110	PROLASTIN-C.....	126
phenobarbital.....	33	pregabalin	33	PROLIA	120
phenoxybenzamine	57	PREHEVBARIO (PF).....	117	PROMACTA	56
phenytoin.....	33	PREMARIN	110	promethazine.....	44, 45
phenytoin sodium extended .33		PREMPRO	110	promethegan.....	45
PIFELTRO.....	52	prena1 true	129	propafenone.....	59
pilocarpine hcl.....67, 121		prenaissance.....	129	proparacaine	105
pimecrolimus.....	70	prenaissance plus	129	propranolol	59, 60
pimozone.....	49	prenatabs fa.....	129	propranolol-hydrochlorothiazid	60
pindolol	59	prenatal 19	129	propylthiouracil.....	112
pioglitazone.....	40	prenatal 19 (with docusate)	129	PROQUAD (PF)	117
pioglitazone-glimepiride ..40		prenatal low iron.....	129	PROSOL 20 %	57
PIP PEN NEEDLE.....90		prenatal plus	129	protriptyline.....	38
piperacillin-tazobactam	23	prenatal plus (calcium carb)	129	PROZAC	38
PIQRAY	28	prenatal vitamin plus low iron	129	PULMOZYME	104
pirfenidone	126	prenatal-u.....	129	PURE COMFORT ALCOHOL PADS.....	68
PLASMA-LYTE 148.....122				PURE COMFORT PEN NEEDLE	91
PLASMA-LYTE A	122			PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	91
PLEGRIDY.....	64				
pnv 29-1	129				
pnv-dha + docusate	129				
pnv-omega.....	129				
pnv-vp-u	129				
podofilox	68				

PURIXAN	28	rifampin	45	SIGNIFOR	111
pyrazinamide	45	riluzole	65	sildenafil (pulm.hypertension)	
pyridostigmine bromide	121	rimantadine	54		127
pyrimethamine	46	RINVOQ	115	silver sulfadiazine	69
Q		risedronate	120	simvastatin	63
QINLOCK	28	RISPERDAL CONSTA	50	sirolimus	115
QUADRACEL (PF)	118	risperidone	50	SIRTURO	45
quetiapine	50	ritonavir	52	SKY SAFETY PEN NEEDLE	
quinapril	58	rivastigmine	36		92
quinapril-hydrochlorothiazide	58	rivastigmine tartrate	35	SKYRIZI	115
quinidine gluconate	59	rizatriptan	44	sodium chloride	119
quinidine sulfate	59	r-natal ob	129	sodium chloride 0.45 %	123
quinine sulfate	46	roflumilast	127	sodium chloride 0.9 %	123
QVAR REDIHALER	124	ropinirole	47	sodium chloride 3 %	
R		rosuvastatin	62	hypertonic	123
RABAVERT (PF)	118	ROTARIX	118	sodium chloride 5 %	
raloxifene	110	ROTATEQ VACCINE	118	hypertonic	123
ramelteon	127	ROZLYTREK	28	sodium oxybate	127
ramipril	58	RUBRACA	28	sodium phenylbutyrate	108
ranolazine	61	rufinamide	34	sodium polystyrene sulfonate	
rasagiline	47	RUKOBIA	53		108
RAYALDEE	120	RYDAPT	28	sodium,potassium,mag sulfates	
REBIF (WITH ALBUMIN)	64	S			108
REBIF REBIDOSE	64, 65	SAFESNAP INSULIN		sofosbuvir-velpatasvir	54
REBIF TITRATION PACK	65	SYRINGE	92	SOLTAMOX	28
reclipsen (28)	67	SAFETY PEN NEEDLE	92	SOMAVERT	111
RECOMBIVAX HB (PF)	118	SANDIMMUNE	115	sorafenib	29
RECTIV	121	SANTYL	68	sotalol	60
RELENZA DISKHALER	54	sapropterin	104	sotalol af	60
RELION NEEDLES	91	SAVELLA	65	SPIRIVA RESPIMAT	125
RELION PEN NEEDLES	92	SCEMBLIX	28	SPIRIVA WITH	
RELYVRIO	65	scopolamine base	45	HANDIHALER	125
repaglinide	40	SECUADO	50	spironolactone	61
REPATHA PUSHTRONEX	62	SECURESAFE INSULIN		spironolacton-hydrochlorothiaz	
REPATHA SURECLICK	62	SYRINGE	92		61
REPATHA SYRINGE	62	SECURESAFE PEN NEEDLE		sprintec (28)	67
RESTASIS	106		92	SPRITAM	34
RESTASIS MULTIDOSE	106	SEGLUROMET	40	SPRYCEL	29
RETACRIT	56	select-ob	129	sronyx	67
RETEVMO	28	select-ob (folic acid)	129	STEGLATRO	40
REVLIMID	28	selegiline hcl	47	STEGLUJAN	40
REXULTI	50	selenium sulfide	69	STELARA	115
REYATAZ	52	SELZENTRY	53	STERILE PADS	92
REZLIDHIA	28	se-natal 19 chewable	129	STIOLTO RESPIMAT	125
REZUROCK	114	SEREVENT DISKUS	125	STIVARGA	29
RHOPRESSA	121	sertraline	38	streptomycin	19
ribavirin	54	setlakin	67	STRIBILD	53
RIDAURA	114	sevelamer carbonate	108	STRIVERDI RESPIMAT	125
rifabutin	45	sevelamer hcl	108	subvenite	34
		SHINGRIX (PF)	118	subvenite starter (blue) kit	34

subvenite starter (green) kit .34
 subvenite starter (orange) kit34
 sucralfate 107
 sulfacetamide sodium..... 106
 sulfacetamide sodium (acne)69
 sulfacetamide-prednisolone106
 sulfadiazine 23
 sulfamethoxazole-
 trimethoprim..... 23
 sulfasalazine 119
 sulindac 17
 sumatriptan succinate..... 44
 sunitinib malate..... 29
SUNLENCA 53
SUPRAX..... 21
SUPREP BOWEL PREP KIT
 108
SURE COMFORT
 ALCOHOL PREP PADS68
SURE COMFORT INS. SYR.
 U-100..... 93
SURE COMFORT INSULIN
 SYRINGE..... 93
SURE COMFORT PEN
 NEEDLE 93
SURE COMFORT SAFETY
 PEN NEEDLE..... 92, 93
SURE-FINE PEN NEEDLES
 93, 94
SURE-JECT INSULIN
 SYRINGE..... 94
SURE-PREP ALCOHOL
 PREP PADS 68
SUTENT 29
SYMBICORT 124
SYMDEKO..... 127
SYMLINPEN 120..... 40
SYMLINPEN 60..... 40
SYMPAZAN..... 34
SYMTUZA 53
SYNAREL 111
SYNJARDY..... 40
SYNJARDY XR 40
SYNRIBO 29
SYRINGE WITH NEEDLE,
 SAFETY 92
T
TABLOID 29
TABRECTA 29
 tacrolimus..... 70, 115

tadalafil (pulm. hypertension)
 127
TADLIQ 128
TAFINLAR 29
TAGRISSO 29
TAKHYRO 121
TALTZ AUTOINJECTOR 115
TALTZ SYRINGE 115
TALZENNA 29
 tamoxifen..... 29
 tamsulosin..... 109
TARGETIN 29
 tarina 24 fe..... 67
 taron-c dha 130
 taron-prex prenatal-dha 130
TASIGNA 29
 tazarotene..... 71
TAZORAC 71
 taztia xt 60
TAZVERIK 29
TDVAX 118
TECHLITE INSULIN
 SYRINGE 94, 95
TECHLITE INSULN
 SYR(HALF UNIT) 94
TECHLITE PEN NEEDLE. 95
TEFLARO 21
 temazepam 18
TENIVAC (PF) 118
 tenofovir disoproxil fumarate
 53
TEPMETKO 29
 terazosin..... 109
 terbinafine hcl..... 43
 terbutaline 125
 terconazole..... 44
 teriflunomide 65
 teriparatide 120
TERUMO INSULIN
 SYRINGE 95
 testosterone 109, 110
 testosterone cypionate 109
 testosterone enanthate..... 109
TETANUS,DIPHTHERIA
 TOX PED(PF)..... 118
 tetrabenazine..... 65
 tetracycline 24
THALOMID 121
 theophylline 126
THINPRO INSULIN
 SYRINGE..... 95, 96
 thioridazine 50
 thiothixene..... 50
 tiagabine 34
TIBSOVO 29
TICOVAC 118
 tigecycline 24
 timolol maleate..... 60, 121
TIVICAY 53
TIVICAY PD 53
 tizanidine 127
TOBI PODHALER 19
 tobramycin 106
 tobramycin in 0.225 % nacl .19
 tobramycin sulfate..... 19
 tolcapone 47
 tolterodine 109
TOPCARE CLICKFINE96
TOPCARE ULTRA
 COMFORT 96
 topiramate 34
 toremifene 29
 torsemide 61
TOUJEO MAX U-300
 SOLOSTAR 41
TOUJEO SOLOSTAR U-300
 INSULIN 41
 tramadol 16
 tranexamic acid 56
 tranylcypromine 38
TRAVASOL 10 % 57
 travoprost 122
 trazodone 38
TRECATOR 45
TRELEGY ELLIPTA 126
TRELSTAR 29
 tretinoin 71
 tretinoin (antineoplastic) 29
 triamcinolone acetonide .67, 70
 62
 triazolam 18
 trientine 109
 tri-estarrylla 67
 trifluoperazine 50
 trifluridine 106
 trihexyphenidyl 47
 tri-legest fe 67
 tri-lo-estarrylla..... 67

tri-lo-sprintec	67
trimethoprim	20
trimipramine.....	38
TRINTELLIX	38
tri-sprintec (28)	67
TRITOCIN	70
TRIUMEQ	53
TRIUMEQ PD	53
triveen-duo dha	130
trivora (28)	67
tri-vylibra lo	67
TRIZIVIR	53
trospium	109
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS.....	68
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	96
TRUE COMFORT PEN NEEDLE	96, 97
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS.....	69
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE.....	96, 97
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	96
TRUEPLUS INSULIN ..	97, 98
TRUEPLUS PEN NEEDLE	97
TRULICITY	40
TRUMENBA	118
TRUSELTIQ.....	29, 30
TUKYSA	30
TURALIO	30
TWINRIX (PF)	118
TYBOST	121
TYMLOS	120
TYPHIM VI..... U	118
UBRELVY	45
UDENYCA	56
UDENYCA AUTOINJECTOR	56
ULTICARE	98, 99
ULTICARE INSULIN SYRINGE.....	98
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT).....	98
ULTICARE PEN NEEDLE.	98
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE	98
ULTIGUARD SAFEPACK- INSULIN SYR.....	99
ULTIGUARD SAFEPACK- PEN NEEDLE	99
ULTILET ALCOHOL SWAB	69
ULTILET INSULIN SYRINGE	85, 99
ULTILET PEN NEEDLE ..	99,
100	
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT).....	84, 92
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE	80,
84, 100	
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT)	100
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE	100
ULTRA FLO PEN NEEDLE	100
ULTRA THIN PEN NEEDLE	100
ULTRACARE INSULIN SYRINGE	100, 101
ULTRACARE PEN NEEDLE	101
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR	101, 102
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL	102
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES	102
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE	101, 102
UNIFINE PEN NEEDLE..	102
UNIFINE PENTIPS	89, 102
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	102
UNIFINE PENTIPS PLUS	102
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW	102
UNIFINE SAFECONTROL	103
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	103
ursodiol	108
UZEDY	50
V	
valacyclovir	54
VALCHLOR	69
valganciclovir.....	54
valproic acid	34
valproic acid (as sodium salt)	34
valsartan	58
valsartan-hydrochlorothiazide	58
VALTOCO	34
vancomycin	20
VANFLYTA	30
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE.....	103
VANISHPOINT SYRINGE	103
VAQTA (PF)	119
varenicline	18
VARIVAX (PF)	119
VARIZIG	115
VASCEPA	63
VEMLIDY	53
VENCLEXTA.....	30
VENCLEXTA STARTING PACK	30
venlafaxine	38, 39
venlafaxine besylate.....	38
VENTOLIN HFA	126
verapamil.....	60
VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	103, 104
VERIFINE PEN NEEDLE	103
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	103
VERQUVO	61
VERSACLOZ	50
VERSALON	104
VERZENIO.....	30
VIBERZI.....	108
VICTOZA	40
vigabatrin	34
vigadronerelaxant	35
VIIBRYD	39
vilazodone	39
VIMPAT	35
vinate care	130
VIRACEPT	53
VIREAD	53
virt-c dha	130
virt-nate dha	130
virt-pn dha	130

virt-pn plus	130
vitafol gummies	130
vitafol nano	130
vitafol-ob+dha.....	130
VITRAKVI	30
VIZIMPRO	30
VONJO	30
voriconazole.....	43
VOTRIENT.....	30
vp-ch-pnv	130
vp-pnv-dha	130
VRAYLAR	50
W	
warfarin	55
WEBCOL.....	69
WELIREG.....	30
wixela inhub.....	124
X	
XALKORI.....	30
XARELTO	55
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	55
XATMEP	30
XCOPRI.....	35

XCOPRI MAINTENANCE PACK.....		35
XCOPRI TITRATION PACK		35
XELJANZ	115	
XELJANZ XR	115	
XERMELO.....	108	
XGEVA	120	
XIFAXAN	20	
XIGDUO XR.....	40	
XIIDRA	106	
XOLAIR	127	
XOSPATA.....	30	
XPOVIO	30	
XTANDI.....	30	
XYREM.....	127	
Y		
YF-VAX (PF).....	119	
YONSA	30	
Z		
zaflurkast	124	
zaleplon	127	
ZARXIO.....	56	
zatean-pn dha.....	130	
zatean-pn plus.....	130	

ZEGALOGUE AUTOINJECTOR		121
ZEGALOGUE SYRINGE.....		121
ZEJULA	30, 31	
ZELAPAR.....	47	
ZELBORA F.....	31	
ZEMAIRA	127	
zenatane.....	69	
ZENPEP	104	
ZEPATIER.....	54	
zidovudine	53	
ZIEXTENZO	56	
zingiber	130	
ziprasidone hcl	50	
ziprasidone mesylate	50	
ZIRGAN	106	
ZOLINZA	31	
zolpidem.....	127	
ZONISADE.....	35	
zonisamide	35	
zovia 1-35 (28).....	67	
ZTALMY	35	
ZYDELIG	31	
ZYKADIA	31	
ZYPREXA RELPREVV	51	



DualChoice

SERVICIOS PARA MIEMBROS DE IEHP DUALCHOICE



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

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



TTY: 1-800-718-4347

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



FAX: (909) 890-5877



ESCRIBA A: IEHP DualChoice

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



CORREO ELECTRÓNICO: memberservices@iehp.org



SITIO WEB: www.iehp.org

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

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

Esta lista de medicamentos fue actualizada en la fecha 09/29/2023.