



Kaiser Permanente Colorado

Child Health Plan *Plus* (CHP+)

Lista de Medicamentos Recetados Disponibles

En Kaiser Permanente Colorado queremos asegurarnos de que reciba el medicamento recetado que necesita.

Esta es una lista de los medicamentos que cubre su plan. Utilice esta lista para saber si su medicamento tiene cobertura. Los medicamentos están enlistados alfabéticamente en el índice. Las actualizaciones de esta lista se hacen mensualmente.

Cada medicamento tiene asignado un nivel. Los niveles determinan el copago que pagará. Por ejemplo, los medicamentos de nivel uno usualmente son genéricos y cuestan menos, por lo que los copagos por esos medicamentos serán los más bajos. Un medicamento de especialidad o de marca que es más caro tendrá un copago más alto.

Los niveles se encuentran a la derecha del nombre del medicamento, junto con todos los códigos especiales que apliquen. Puede ver la tabla en la parte inferior de cada página que explica el significado de los códigos especiales.

Help in your language

To learn more about health care language assistance services, such as interpreter and translation services, call Member Services at **303-338-3800** or toll-free **1-800-632-9700** (TTY 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 6 p.m.

Ayuda en su idioma

Para obtener más información sobre los servicios de asistencia en distintos idiomas para la atención médica, como servicios de interpretación y traducción, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** o llame sin costo al **1-800-632-**

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

9700 (TTY 711), de lunes a viernes,
de 8 a. m. a 6 p. m.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-632-9700** (TTY **711**).

*Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de
Kaiser Permanente.*

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTI-INFECTIVE AGENTS		
ANTHELMINTICS		
<i>albendazole tabs 200 mg</i>	1	
<i>praziquantel tabs 600 mg</i>	1	
ANTIBACTERIALS		
<i>amikacin sulfate soln 1 gm/4ml</i>	1	
<i>amikacin sulfate soln 500 mg/2ml</i>	1	
<i>amoxicillin caps 250 mg</i>	1	
<i>amoxicillin caps 500 mg</i>	1	
<i>amoxicillin chew 125 mg</i>	2	
<i>amoxicillin chew 250 mg</i>	2	
<i>amoxicillin susr 125 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin susr 200 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin susr 250 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin susr 400 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin tabs 500 mg</i>	1	
<i>amoxicillin tabs 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate chew 200-28.5 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate chew 400-57 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate susr 200-28.5 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate susr 250-62.5 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate susr 400-57 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate susr 600-42.9 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate tabs 250-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate tabs 500-125 mg</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amoxicillin-pot clavulanate tabs 875-125 mg</i>	1	
<i>ampicillin cap 250mg</i>	1	
<i>ampicillin caps 500 mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium solr 1 gm</i>	1	
<i>ampicillin sodium solr 10 gm</i>	1	
<i>ampicillin sodium solr 2 gm</i>	1	
<i>ampicillin sodium solr 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin susr 125 mg/5ml</i>	2	
<i>ampicillin susr 250 mg/5ml</i>	2	
<i>ampicillin-sulbactam sodium solr 1.5 (1-0.5) gm</i>	1, 2	
<i>ampicillin-sulbactam sodium solr 3 (2-1) gm</i>	1, 2	
AUGMENTIN SUSR 125-31.25 MG/5ML [<i>amoxicillin & pot clavulanate</i>]	2	
AZITHROMYCIN PACK 1 GM [<i>azithromycin</i>]	2	MO
<i>azithromycin solr 500 mg</i>	1	MO
<i>azithromycin susr 100 mg/5ml</i>	1	MO
<i>azithromycin susr 200 mg/5ml</i>	1	MO
<i>azithromycin tabs 250 mg</i>	1	MO
<i>azithromycin tabs 500 mg</i>	1	MO
<i>azithromycin tabs 600 mg</i>	1	MO
<i>aztreonam solr 1 gm</i>	1	
<i>aztreonam solr 2 gm</i>	1	
BICILLIN L-A SUSP 1200000 UNIT/2ML [<i>penicillin g benzathine</i>]	2	
BICILLIN L-A SUSP 2400000 UNIT/4ML [<i>penicillin g benzathine</i>]	2	
BICILLIN L-A SUSP 600000 UNIT/ML [<i>penicillin g benzathine</i>]	2	
<i>cefazolin sodium solr 1 gm</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefazolin sodium solr 10 gm</i>	1	
<i>cefazolin sodium solr 500 mg</i>	1	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE SOLN 1-4 GM/50ML-% [<i>cefazolin sodium-dextrose</i>]	2	
<i>cefdinir caps 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir susr 125 mg/5ml</i>	1	
<i>cefdinir susr 250 mg/5ml</i>	1	
<i>cefepime hcl solr 1 gm</i>	1	
<i>cefepime hcl solr 2 gm</i>	1	
<i>cefixime caps 400 mg</i>	1	
<i>cefixime susr 100 mg/5ml</i>	1	
<i>cefotaxime sodium solr 2 gm</i>	2	
<i>cefotaxime sodium solr 500 mg</i>	2	
<i>cefotetan disodium solr 1 gm</i>	1	
<i>cefotetan disodium solr 2 gm</i>	1	
CEFOTETAN DISODIUM-DEXTROSE SOLR 1-3.58 GM-%(50ML) [<i>cefotetan disodium and dextrose</i>]	2	
CEFOTETAN DISODIUM-DEXTROSE SOLR 2-2.08 GM-%(50ML) [<i>cefotetan disodium and dextrose</i>]	2	
<i>cefpodoxime proxetil susr 100 mg/5ml</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium in dextrose soln 20 mg/ml</i>	2	
<i>ceftriaxone sodium in dextrose soln 40 mg/ml</i>	2	
<i>ceftriaxone sodium solr 1 gm</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium solr 10 gm</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium solr 2 gm</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium solr 250 mg</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ceftriaxone sodium solr 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime axetil tabs 250 mg</i>	1	
<i>cefuroxime axetil tabs 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium solr 1.5 gm</i>	1	
<i>cefuroxime sodium solr 750 mg</i>	1	
<i>cephalexin caps 250 mg</i>	1	
<i>cephalexin caps 500 mg</i>	1	
<i>cephalexin susr 125 mg/5ml</i>	1	
<i>cephalexin susr 250 mg/5ml</i>	1	
CIPRO SUSR 250 MG/5ML (5%) [<i>ciprofloxacin</i>]	2	
<i>ciprofloxacin hcl tabs 100 mg</i>	2	
<i>ciprofloxacin hcl tabs 250 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl tabs 500 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl tabs 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in d5w soln 200 mg/100ml</i>	1	
<i>ciprofloxacin in d5w soln 400 mg/200ml</i>	1	
<i>ciprofloxacin soln 200 mg/20ml</i>	2	
<i>ciprofloxacin soln 400 mg/40ml</i>	2	
<i>ciprofloxacin susr 500 mg/5ml (10%)</i>	1	
CLAFORAN INJ 1GM [<i>cefotaxime sodium</i>]	2	
[Cefotaxime Sodium] CLAFORAN SOLR 2 GM	2	
<i>clarithromycin susr 125 mg/5ml</i>	2	
<i>clarithromycin susr 250 mg/5ml</i>	2	
<i>clarithromycin tabs 250 mg</i>	1	
<i>clarithromycin tabs 500 mg</i>	1	
[Clindamycin Phosphate] CLEOCIN PHOSPHATE SOLN 600 MG/4ML	2	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin hcl caps 150 mg</i>	1	
<i>clindamycin hcl caps 300 mg</i>	1	
<i>clindamycin hcl caps 75 mg</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hcl solr 75 mg/5ml</i>	1	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE SOLN 600 MG/4ML [<i>clindamycin phosphate</i>]	1	
<i>clindamycin phosphate soln 9 gm/60ml</i>	1	
<i>dicloxacillin sodium caps 250 mg</i>	1	
<i>dicloxacillin sodium caps 500 mg</i>	1	
[Doxycycline Hyclate] DOXY 100 SOLR 100 MG	1	MO
<i>doxycycline hyclate tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate caps 100 mg</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate caps 50 mg</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate susr 25 mg/5ml</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate tabs 50 mg</i>	1	MO
[Erythromycin Ethylsuccinate] E.E.S. 400 TABS 400 MG	2	
ERTAPENEM SODIUM SOLR 1 GM [<i>ertapenem sodium</i>]	1	QL - 30 day(s)
[Erythromycin Base] ERY-TAB TBEC 250 MG	1	
[Erythromycin Base] ERY-TAB TBEC 333 MG	1	
[Erythromycin Base] ERY-TAB TBEC 500 MG	1	
ERYPED 200 SUSR 200 MG/5ML [<i>erythromycin ethylsuccinate</i>]	2	
ERYPED 400 SUSR 400 MG/5ML [<i>erythromycin ethylsuccinate</i>]	2	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500 MG [<i>erythromycin lactobionate</i>]	2	
<i>erythromycin base cpep 250 mg</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FIRVANQ SOLR 25 MG/ML [<i>vancomycin hcl</i>]	2	
FIRVANQ SOLR 50 MG/ML [<i>vancomycin hcl</i>]	2	
<i>gentamicin sulfate soln 10 mg/ml</i>	1, 2	
<i>gentamicin sulfate soln 40 mg/ml</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin solr 250 mg</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin solr 500 mg</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w soln 250 mg/50ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w soln 500 mg/100ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w soln 750 mg/150ml</i>	1	
<i>levofloxacin soln 25 mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin tabs 250 mg</i>	1	
<i>levofloxacin tabs 500 mg</i>	1	
<i>levofloxacin tabs 750 mg</i>	1	
<i>linezolid soln 600 mg/300ml</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>linezolid susr 100 mg/5ml</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>linezolid tabs 600 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
MAXIPIME SOLR 1 GM [<i>cefepime hcl</i>]	2	
<i>minocycline hcl caps 100 mg</i>	1	MO
<i>minocycline hcl caps 50 mg</i>	1	MO
<i>minocycline hcl caps 75 mg</i>	1	MO
<i>minocycline hcl tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>moxifloxacin hcl in nacl soln 400 mg/250ml</i>	2	
<i>moxifloxacin hcl tabs 400 mg</i>	1	
<i>neomycin sulfate tabs 500 mg</i>	1	
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE SOLN 2 GM/50ML [<i>oxacillin sodium in dextrose</i>]	2	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>penicillin g potassium solr 2000000 unit</i>	1	
<i>penicillin g potassium solr 5000000 unit</i>	1	
<i>penicillin g procaine susp 600000 unit/ml</i>	2	
<i>penicillin g sodium solr 5000000 unit</i>	2	
<i>penicillin v potassium solr 125 mg/5ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium solr 250 mg/5ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium tabs 250 mg</i>	1	
<i>penicillin v potassium tabs 500 mg</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam so solr 2.25 (2-0.25) gm</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam so solr 3.375 (3-0.375) gm</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam so solr 4.5 (4-0.5) gm</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam so solr 40.5 (36-4.5) gm</i>	1	
<i>streptomycin sulfate solr 1 gm</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim soln 400-80 mg/5ml</i>	1	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	1	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tabs 400-80 mg</i>	1	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tabs 800-160 mg</i>	1	MO
<i>sulfasalazine tabs 500 mg</i>	1	MO
<i>sulfasalazine tbec 500 mg</i>	1	MO
SUPRAX TAB 400MG [<i>cefixime</i>]	2	
[Ceftazidime] TAZICEF SOLR 1 GM	2	
[Ceftazidime] TAZICEF SOLR 2 GM	1	
[Ceftazidime] TAZICEF SOLR 6 GM	1	
<i>tetracycline hcl caps 250 mg</i>	1	
<i>tetracycline hcl caps 500 mg</i>	1	
<i>tobramycin nebu 300 mg/5ml</i>	1	QL - 30 day(s)

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tobramycin sulfate soln 10 mg/ml</i>	2	
<i>tobramycin sulfate soln 2 gm/50ml</i>	2	
<i>vancomycin hcl caps 125 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>vancomycin hcl caps 250 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE SOLN 1-5 GM/200ML-% <i>[vancomycin hcl-dextrose]</i>	2	
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE SOLN 500-5 MG/100ML-% <i>[vancomycin hcl-dextrose]</i>	2	
<i>vancomycin hcl solr 1 gm</i>	1	
<i>vancomycin hcl solr 10 gm</i>	1	
<i>vancomycin hcl solr 5 gm</i>	1	
<i>vancomycin hcl solr 500 mg</i>	1	
ZOSYN SOLN 2-0.25 GM/50ML <i>[piperacillin sodium-tazobactam sodium in dextrose]</i>	2	
ZOSYN SOLN 3-0.375 GM/50ML <i>[piperacillin sodium-tazobactam sodium in dextrose]</i>	2	
ZOSYN SOLN 4-0.5 GM/100ML <i>[piperacillin sodium-tazobactam sodium in dextrose]</i>	2	
ZYVOX SOLN 200 MG/100ML <i>[linezolid]</i>	2	QL - 30 day(s)
ANTIFUNGALS		
AMBISOME SUSR 50 MG <i>[amphotericin b liposome]</i>	2	QL - 30 day(s)
<i>amphotericin b solr 50 mg</i>	2	QL - 30 day(s)
<i>caspofungin acetate solr 50 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>caspofungin acetate solr 70 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>fluconazole in nacl inj nacl 400</i>	1	
<i>fluconazole in sodium chloride soln 200-0.9 mg/100ml-%</i>	1	
<i>fluconazole in sodium chloride soln 400-0.9 mg/200ml-%</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluconazole susr 10 mg/ml</i>	1	
<i>fluconazole susr 40 mg/ml</i>	1	
<i>fluconazole tabs 100 mg</i>	1	
<i>fluconazole tabs 150 mg</i>	1	
<i>fluconazole tabs 200 mg</i>	1	
<i>fluconazole tabs 50 mg</i>	1	
<i>flucytosine caps 250 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>flucytosine caps 500 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>griseofulvin microsize susp 125 mg/5ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize tabs 500 mg</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize tabs 125 mg</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize tabs 250 mg</i>	1	
<i>ketoconazole tabs 200 mg</i>	1	
NYSTATIN POW [<i>nystatin</i>]	2	
<i>nystatin susp 100000 unit/ml</i>	1	
<i>nystatin tabs 500000 unit</i>	1	
<i>terbinafine hcl tabs 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole solr 200 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>voriconazole susr 40 mg/ml</i>	1	
<i>voriconazole tabs 200 mg</i>	1	
<i>voriconazole tabs 50 mg</i>	1	
ANTIMYCOBACTERIALS		
<i>dapsone tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>dapsone tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>ethambutol hcl tabs 100 mg</i>	1	
<i>ethambutol hcl tabs 400 mg</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>isoniazid syrp 50 mg/5ml</i>	2	
<i>isoniazid tabs 100 mg</i>	2	
<i>isoniazid tabs 300 mg</i>	1	
<i>pyrazinamide tabs 500 mg</i>	1	
<i>rifampin caps 150 mg</i>	1	
<i>rifampin caps 300 mg</i>	1	
<i>rifampin solr 600 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
ANTIPROTOZOALS		
<i>atovaquone susp 750 mg/5ml</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>atovaquone-proguanil hcl tabs 250-100 mg</i>	1	
<i>atovaquone-proguanil hcl tabs 62.5-25 mg</i>	1	
<i>chloroquine phosphate tabs 250 mg</i>	1	
<i>chloroquine phosphate tabs 500 mg</i>	2	
DARAPRIM TABS 25 MG [<i>pyrimethamine</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200 mg</i>	1	
<i>mefloquine hcl tabs 250 mg</i>	2	
<i>metronidazole caps 375 mg</i>	1	
METRONIDAZOLE IN NAACL SOLN 500-0.74 MG/100ML-% [<i>metronidazole in nacl</i>]	2	
<i>metronidazole tabs 250 mg</i>	1	
<i>metronidazole tabs 500 mg</i>	1	
NEBUPENT SOLR 300 MG [<i>pentamidine isethionate</i>]	2	MO
<i>paromomycin sulfate caps 250 mg</i>	1	
<i>pentamidine isethionate solr 300 mg</i>	1	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3 MG [<i>primaquine phosphate</i>]	2	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIVIRALS		
<i>abacavir sulfate soln 20 mg/ml</i>	1	MO
<i>abacavir sulfate tabs 300 mg</i>	1	MO
<i>abacavir sulfate-lamivudine tabs 600-300 mg</i>	1	MO
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine tabs 300-150-300 mg</i>	1	MO
<i>acyclovir caps 200 mg</i>	1	MO
<i>acyclovir sodium inj 1000mg</i>	2	
<i>acyclovir sodium soln 50 mg/ml</i>	1	
<i>acyclovir susp 200 mg/5ml</i>	1	MO
<i>acyclovir tabs 400 mg</i>	1	MO
<i>acyclovir tabs 800 mg</i>	1	MO
<i>adefovir dipivoxil tabs 10 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
APTIVUS CAPS 250 MG [<i>tipranavir</i>]	2	
APTIVUS SOLN 100 MG/ML [<i>tipranavir</i>]	2	
<i>atazanavir sulfate caps 150 mg</i>	1	MO
<i>atazanavir sulfate caps 200 mg</i>	1	MO
<i>atazanavir sulfate caps 300 mg</i>	1	MO
BIKTARVY TABS 50-200-25 MG [<i>bictegravir-emtricitabine-tenofovir alafenamide fumarate</i>]	2	MO
CIMDUO TABS 300-300 MG [<i>lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>]	2	MO
COMPLERA TABS 200-25-300 MG [<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir disoproxil fumarate</i>]	2	MO
CRIXIVAN CAPS 200 MG [<i>indinavir sulfate</i>]	2	MO
CRIXIVAN CAPS 400 MG [<i>indinavir sulfate</i>]	2	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DESCOVY TABS 200-25 MG [<i>emtricitabine-tenofovir alafenamide fumarate</i>]	2	MO,PREV
<i>didanosine cpdr 200 mg</i>	2	MO
<i>didanosine cpdr 250 mg</i>	2	MO
<i>didanosine cpdr 400 mg</i>	2	MO
DOVATO TABS 50-300 MG [<i>dolutegravir sodium-lamivudine</i>]	2	
EDURANT TABS 25 MG [<i>rilpivirine hcl</i>]	2	MO
<i>efavirenz caps 200 mg</i>	1	MO
<i>efavirenz caps 50 mg</i>	1	MO
<i>efavirenz tabs 600 mg</i>	1	MO
<i>emtricitabine-tenofovir df tabs 200-300 mg</i>	1	MO,PREV
EMTRIVA CAPS 200 MG [<i>emtricitabine</i>]	2	MO
<i>entecavir tabs 0.5 mg</i>	1	MO
<i>entecavir tabs 1 mg</i>	1	MO
EPCLUSA TABS 400-100 MG [<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>]	2	QL - 30 day(s)
EPIVIR HBV SOLN 5 MG/ML [<i>lamivudine (hbv)</i>]	2	MO
<i>famciclovir tabs 125 mg</i>	1	MO
<i>famciclovir tabs 250 mg</i>	1	MO
<i>famciclovir tabs 500 mg</i>	1	MO
<i>fosamprenavir calcium tabs 700 mg</i>	1	MO
FOSCAVIR SOLN 6000 MG/250ML [<i>foscarnet sodium</i>]	2	
<i>ganciclovir sodium solr 500 mg</i>	1	
GENVOYA TABS 150-150-200-10 MG [<i>elvitegravir-cobicistat-emtricitabine-tenofovir alafenamide</i>]	2	MO
HARVONI TABS 90-400 MG [<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>]	2	QL - 30 day(s)
INTELENCE TABS 100 MG [<i>etravirine</i>]	2	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INTELENCE TABS 200 MG [etravirine]	2	MO
INTELENCE TABS 25 MG [etravirine]	2	MO
INVIRASE CAPS 200 MG [saquinavir mesylate]	2	MO
INVIRASE TABS 500 MG [saquinavir mesylate]	2	MO
ISENTRESS TABS 400 MG [raltegravir potassium]	2	MO
JULUCA TABS 50-25 MG [dolutegravir sodium-rilpivirine hcl]	2	MO
KALETRA TABS 100-25 MG [lopinavir-ritonavir]	2	MO
KALETRA TABS 200-50 MG [lopinavir-ritonavir]	2	MO
<i>lamivudine soln 10 mg/ml</i>	1	MO
<i>lamivudine tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>lamivudine tabs 150 mg</i>	1	MO
<i>lamivudine tabs 300 mg</i>	1	MO
<i>lamivudine-zidovudine tabs 150-300 mg</i>	1	MO
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml</i>	1	MO
<i>nevirapine er tb24 400 mg</i>	1	MO
<i>nevirapine susp 50 mg/5ml</i>	1	MO
<i>nevirapine tabs 200 mg</i>	1	MO
ODEFSEY TABS 200-25-25 MG [emtricitabine-rilpivirine-tenofovir alafenamide fumarate]	2	MO
<i>oseltamivir phosphate caps 30 mg</i>	1	
<i>oseltamivir phosphate caps 45 mg</i>	1	
<i>oseltamivir phosphate caps 75 mg</i>	1	
<i>oseltamivir phosphate susr 6 mg/ml</i>	1	
PEGASYS SOLN 180 MCG/0.5ML [peginterferon alfa-2a]	2	QL - 30 day(s)
PEGASYS SOLN 180 MCG/ML [peginterferon alfa-2a]	2	QL - 30 day(s)
PREZISTA TABS 150 MG [darunavir ethanolate]	2	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREZISTA TABS 600 MG [<i>darunavir ethanolate</i>]	2	MO
PREZISTA TABS 75 MG [<i>darunavir ethanolate</i>]	2	MO
PREZISTA TABS 800 MG [<i>darunavir ethanolate</i>]	2	MO
RESCRIPTOR TABS 100 MG [<i>delavirdine mesylate</i>]	2	MO
RESCRIPTOR TABS 200 MG [<i>delavirdine mesylate</i>]	2	MO
<i>ribavirin caps 200 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>ribavirin tabs 200 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>rimantadine hcl tabs 100 mg</i>	2	
<i>ritonavir tabs 100 mg</i>	1	MO
SELZENTRY TABS 150 MG [<i>maraviroc</i>]	2	MO
SELZENTRY TABS 25 MG [<i>maraviroc</i>]	2	MO
SELZENTRY TABS 300 MG [<i>maraviroc</i>]	2	MO
SELZENTRY TABS 75 MG [<i>maraviroc</i>]	2	MO
SOVALDI TABS 400 MG [<i>sofosbuvir</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>stavudine caps 15 mg</i>	2	MO
<i>stavudine caps 20 mg</i>	2	MO
<i>stavudine caps 30 mg</i>	2	MO
<i>stavudine caps 40 mg</i>	2	MO
SYMFI LO TABS 400-300-300 MG [<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>]	2	MO
SYMFI TABS 600-300-300 MG [<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>]	2	MO
SYNAGIS SOLN 100 MG/ML [<i>palivizumab</i>]	2	QL - 30 day(s)
SYNAGIS SOLN 50 MG/0.5ML [<i>palivizumab</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>tenofovir disoproxil fumarate tabs 300 mg</i>	1	MO
TIVICAY PD TBSO 5 MG [<i>dolutegravir sodium</i>]	2	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TIVICAY TABS 10 MG [<i>dolutegravir sodium</i>]	2	MO
TIVICAY TABS 25 MG [<i>dolutegravir sodium</i>]	2	MO
TIVICAY TABS 50 MG [<i>dolutegravir sodium</i>]	2	MO
<i>valganciclovir hcl solr 50 mg/ml</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>valganciclovir hcl tabs 450 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
VIDEX EC CPDR 125 MG [<i>didanosine</i>]	2	MO
VIDEX SOLR 2 GM [<i>didanosine</i>]	2	MO
VIRACEPT TABS 250 MG [<i>nelfinavir mesylate</i>]	2	MO
VIRACEPT TABS 625 MG [<i>nelfinavir mesylate</i>]	2	MO
VOSEVI TABS 400-100-100 MG [<i>sofosbuvir-velpatasvir-voxiclaprevir</i>]	2	QL - 30 day(s)
ZERIT SOLR 1 MG/ML [<i>stavudine</i>]	2	MO
<i>zidovudine caps 100 mg</i>	1	MO
<i>zidovudine syrp 50 mg/5ml</i>	1	MO
<i>zidovudine tabs 300 mg</i>	1	MO
URINARY ANTI-INFECTIVES		
METHENAMINE HIPPURATE TABS 1 GM [<i>methenamine hippurate</i>]	1	
NITROFURANTOIN MACROCRYSTAL CAPS 100 MG [<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>]	1	
NITROFURANTOIN MACROCRYSTAL CAPS 25 MG [<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>]	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal caps 50 mg</i>	1	
NITROFURANTOIN MONOHYD MACRO CAPS 100 MG [<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>]	1	
<i>nitrofurantoin susp 25 mg/5ml</i>	1	
PRIMSOL SOLN 50 MG/5ML [<i>trimethoprim hcl</i>]	2	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>trimethoprim tabs 100 mg</i>	1	
UROQID #2 TAB [<i>methenamine mandelate-sodium phosphate monobasic</i>]	2	
ANTI-HISTAMINE DRUGS		
ANTI-HISTAMINE DRUGS		
<i>cyproheptadine hcl syrp 2 mg/5ml</i>	1	
<i>cyproheptadine hcl tabs 4 mg</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl soln 50 mg/ml</i>	1	
<i>promethazine hcl soln 25 mg/ml</i>	1	
<i>promethazine hcl tabs 12.5 mg</i>	1	
<i>promethazine hcl tabs 25 mg</i>	1	
[Promethazine Hcl] PROMETHEGAN SUPP 12.5 MG	1	
[Promethazine Hcl] PROMETHEGAN SUPP 25 MG	1	
ANTI-NEOPLASTIC AGENTS		
ANTI-NEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate tabs 250 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
ABRAXANE SUSR 100 MG [<i>paclitaxel protein-bound particles</i>]	2	
<i>doxorubicin hcl solr 10 mg</i>	2	
AFINITOR TABS 10 MG [<i>everolimus</i>]	2	QL - 30 day(s)
ALECENSA CAPS 150 MG [<i>alectinib hcl</i>]	2	QL - 30 day(s)
ALIQOPA SOLR 60 MG [<i>copanlisib hcl</i>]	2	
<i>anastrozole tabs 1 mg</i>	1	MO
<i>azacitidine susr 100 mg</i>	1	
BAVENCIO SOLN 200 MG/10ML [<i>avelumab</i>]	2	
BELEODAQ SOLR 500 MG [<i>belinostat</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>bicalutamide tabs 50 mg</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bleomycin sulfate solr 15 unit</i>	1	
<i>bleomycin sulfate solr 30 unit</i>	1	
BLINCYTO SOLR 35 MCG [<i>blinatumomab</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>capecitabine tabs 150 mg</i>	1	
<i>capecitabine tabs 500 mg</i>	1	MO
<i>carboplatin inj 150mg</i>	1	
<i>carboplatin soln 600 mg/60ml</i>	1	
<i>carmustine solr 100 mg</i>	1	
<i>cisplatin soln 100 mg/100ml</i>	1	
COTELLIC TABS 20 MG [<i>cobimetinib fumarate</i>]	2	QL - 30 day(s)
CYCLOPHOSPHAMIDE CAPS 25 MG [<i>cyclophosphamide</i>]	2	
CYCLOPHOSPHAMIDE CAPS 50 MG [<i>cyclophosphamide</i>]	2	
<i>cyclophosphamide solr 1 gm</i>	1	
<i>cyclophosphamide solr 2 gm</i>	1	
<i>cyclophosphamide solr 500 mg</i>	1	
<i>cytarabine (pf) soln 100 mg/ml</i>	1	
<i>cytarabine soln 20 mg/ml</i>	2	
<i>dacarbazine solr 100 mg</i>	2	
<i>dacarbazine solr 200 mg</i>	1	
<i>dactinomycin solr 0.5 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>daunorubicin hcl inj 20mg</i>	1	
<i>daunorubicin hcl soln 20 mg/4ml</i>	1	
DOCETAXEL CONC 80 MG/2ML [<i>docetaxel</i>]	2	
DOXORUBICIN HCL SOLN 2 MG/ML [<i>doxorubicin hcl</i>]	1	
<i>doxorubicin hcl solr 50 mg</i>	1	
EMCYT CAPS 140 MG [<i>estramustine phosphate sodium</i>]	2	QL - 30 day(s)

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERBITUX SOLN 100 MG/50ML [<i>cetuximab</i>]	2	
<i>erlotinib hcl tabs 100 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>erlotinib hcl tabs 150 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>erlotinib hcl tabs 25 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>etoposide caps 50 mg</i>	2	
<i>everolimus tabs 2.5 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>everolimus tabs 5 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>everolimus tabs 7.5 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>exemestane tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>fludarabine phosphate soln 50 mg/2ml</i>	1	
<i>fludarabine phosphate solr 50 mg</i>	1	
<i>fluorouracil soln 1 gm/20ml</i>	1	
<i>fluorouracil soln 5 gm/100ml</i>	1	
<i>fluorouracil soln 500 mg/10ml</i>	1	
<i>flutamide caps 125 mg</i>	2	MO
<i>gemcitabine hcl solr 1 gm</i>	1	
<i>gemcitabine hcl solr 200 mg</i>	1	
GLEOSTINE CAPS 10 MG [<i>lomustine</i>]	2	
GLEOSTINE CAPS 100 MG [<i>lomustine</i>]	2	
GLEOSTINE CAPS 40 MG [<i>lomustine</i>]	2	
HEXALEN CAPS 50 MG [<i>altretamine</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>hydroxyurea caps 500 mg</i>	1	MO
IBRANCE CAPS 100 MG [<i>palbociclib</i>]	2	QL - 30 day(s)
IBRANCE CAPS 125 MG [<i>palbociclib</i>]	2	QL - 30 day(s)
IBRANCE CAPS 75 MG [<i>palbociclib</i>]	2	QL - 30 day(s)
IBRANCE TABS 100 MG [<i>palbociclib</i>]	2	QL - 30 day(s)

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IBRANCE TABS 125 MG [<i>palbociclib</i>]	2	QL - 30 day(s)
IBRANCE TABS 75 MG [<i>palbociclib</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>idarubicin hcl soln 20 mg/20ml</i>	1	
IFOSFAMIDE SOLR 1 GM [<i>ifosfamide</i>]	1	
IFOSFAMIDE SOLR 3 GM [<i>ifosfamide</i>]	2	
<i>ifosfamide/mesna kit mesna</i>	2	
<i>imatinib mesylate tabs 100 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>imatinib mesylate tabs 400 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
IMBRUVICA CAPS 140 MG [<i>ibrutinib</i>]	2	QL - 30 day(s)
IMBRUVICA CAPS 70 MG [<i>ibrutinib</i>]	2	QL - 30 day(s)
IMBRUVICA TABS 140 MG [<i>ibrutinib</i>]	2	QL - 30 day(s)
IMBRUVICA TABS 280 MG [<i>ibrutinib</i>]	2	QL - 30 day(s)
IMBRUVICA TABS 420 MG [<i>ibrutinib</i>]	2	QL - 30 day(s)
IMBRUVICA TABS 560 MG [<i>ibrutinib</i>]	2	QL - 30 day(s)
IMFINZI SOLN 120 MG/2.4ML [<i>durvalumab</i>]	2	QL - 30 day(s)
IMFINZI SOLN 500 MG/10ML [<i>durvalumab</i>]	2	QL - 30 day(s)
INTRON A SOLN 10000000 UNIT/ML [<i>interferon alfa-2b</i>]	2	QL - 30 day(s)
INTRON A SOLN 6000000 UNIT/ML [<i>interferon alfa-2b</i>]	2	QL - 30 day(s)
INTRON A SOLR 10000000 UNIT [<i>interferon alfa-2b</i>]	2	QL - 30 day(s)
INTRON A SOLR 18000000 UNIT [<i>interferon alfa-2b</i>]	2	QL - 30 day(s)
INTRON A SOLR 50000000 UNIT [<i>interferon alfa-2b</i>]	2	QL - 30 day(s)
IRESSA TABS 250 MG [<i>gefitinib</i>]	2	QL - 30 day(s)
KANJINTI SOLR 420 MG [<i>trastuzumab-anns</i>]	2	
KEYTRUDA SOL 50MG [<i>pembrolizumab</i>]	2	QL - 30 day(s)
KEYTRUDA SOLN 100 MG/4ML [<i>pembrolizumab</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>lapatinib ditosylate tabs 250 mg</i>	1	QL - 30 day(s)

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LARTRUVO SOLN 190 MG/19ML [<i>olaratumab</i>]	2	
LARTRUVO SOLN 500 MG/50ML [<i>olaratumab</i>]	2	
<i>letrozole tabs 2.5 mg</i>	1	MO
LEUKERAN TABS 2 MG [<i>chlorambucil</i>]	2	
LYSODREN TABS 500 MG [<i>mitotane</i>]	2	QL - 30 day(s), LD
MATULANE CAPS 50 MG [<i>procarbazine hcl</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>megestrol acetate susp 40 mg/ml</i>	1	MO
<i>megestrol acetate susp 400 mg/10ml</i>	1	MO
<i>megestrol acetate tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>megestrol acetate tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>melphalan hcl solr 50 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>melphalan tabs 2 mg</i>	1	
<i>mercaptopurine tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>methotrexate sodium (pf) soln 50 mg/2ml</i>	1	MO
<i>methotrexate sodium soln 250 mg/10ml</i>	2	MO
<i>methotrexate tabs 2.5 mg</i>	1	MO
<i>mitomycin solr 20 mg</i>	1	
<i>mitomycin solr 40 mg</i>	1	
<i>mitomycin solr 5 mg</i>	1	
<i>mitoxantrone hcl conc 20 mg/10ml</i>	1	MO
MUSTARGEN SOLR 10 MG [<i>mechlorethamine hcl</i>]	2	
MVASI SOLN 100 MG/4ML [<i>bevacizumab-awwb</i>]	2	
MVASI SOLN 400 MG/16ML [<i>bevacizumab-awwb</i>]	2	
MYLERAN TABS 2 MG [<i>busulfan</i>]	2	
NIPENT SOLR 10 MG [<i>pentostatin</i>]	2	QL - 30 day(s)

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>paclitaxel conc 300 mg/50ml</i>	1	
PURIXAN SUSP 2000 MG/100ML [<i>mercaptopurine</i>]	2	QL - 30 day(s)
REVLIMID CAPS 10 MG [<i>lenalidomide</i>]	2	QL - 30 day(s)
REVLIMID CAPS 15 MG [<i>lenalidomide</i>]	2	QL - 30 day(s)
REVLIMID CAPS 2.5 MG [<i>lenalidomide</i>]	2	QL - 30 day(s)
REVLIMID CAPS 20 MG [<i>lenalidomide</i>]	2	QL - 30 day(s)
REVLIMID CAPS 25 MG [<i>lenalidomide</i>]	2	QL - 30 day(s)
REVLIMID CAPS 5 MG [<i>lenalidomide</i>]	2	QL - 30 day(s)
SPRYCEL TABS 100 MG [<i>dasatinib</i>]	2	QL - 30 day(s)
SPRYCEL TABS 140 MG [<i>dasatinib</i>]	2	QL - 30 day(s)
SPRYCEL TABS 20 MG [<i>dasatinib</i>]	2	QL - 30 day(s)
SPRYCEL TABS 50 MG [<i>dasatinib</i>]	2	QL - 30 day(s)
SPRYCEL TABS 70 MG [<i>dasatinib</i>]	2	QL - 30 day(s)
SPRYCEL TABS 80 MG [<i>dasatinib</i>]	2	QL - 30 day(s)
SUTENT CAPS 12.5 MG [<i>sunitinib malate</i>]	2	QL - 30 day(s)
SUTENT CAPS 25 MG [<i>sunitinib malate</i>]	2	QL - 30 day(s)
SUTENT CAPS 37.5 MG [<i>sunitinib malate</i>]	2	QL - 30 day(s)
SUTENT CAPS 50 MG [<i>sunitinib malate</i>]	2	QL - 30 day(s)
TABLOID TABS 40 MG [<i>thioguanine</i>]	2	MO
TAGRISSO TABS 40 MG [<i>osimertinib mesylate</i>]	2	QL - 30 day(s)
TAGRISSO TABS 80 MG [<i>osimertinib mesylate</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>tamoxifen citrate tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>tamoxifen citrate tabs 20 mg</i>	1	MO
TASIGNA CAPS 150 MG [<i>nilotinib hcl</i>]	2	QL - 30 day(s)
TASIGNA CAPS 200 MG [<i>nilotinib hcl</i>]	2	QL - 30 day(s)
TAXOTERE INJ 20/0.5ML [<i>docetaxel</i>]	2	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TAXOTERE INJ 80MG/2ML [<i>docetaxel</i>]	2	
<i>temozolomide caps 100 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>temozolomide caps 140 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>temozolomide caps 180 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>temozolomide caps 20 mg</i>	1	
<i>temozolomide caps 250 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>temozolomide caps 5 mg</i>	1	
<i>temsirolimus soln 25 mg/ml</i>	1	QL - 30 day(s)
THALOMID CAPS 100 MG [<i>thalidomide</i>]	2	QL - 30 day(s)
THALOMID CAPS 150 MG [<i>thalidomide</i>]	2	QL - 30 day(s)
THALOMID CAPS 200 MG [<i>thalidomide</i>]	2	QL - 30 day(s)
THALOMID CAPS 50 MG [<i>thalidomide</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>thiotepa solr 15 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
[Etoposide] TOPOSAR SOLN 1 GM/50ML	1	
<i>topotecan hcl solr 4 mg</i>	1	
<i>tretinoin caps 10 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
TRUXIMA SOLN 100 MG/10ML [<i>rituximab-abbs</i>]	2	QL - 30 day(s)
TRUXIMA SOLN 500 MG/50ML [<i>rituximab-abbs</i>]	2	QL - 30 day(s)
TUKYSA TABS 150 MG [<i>tucatinib</i>]	2	QL - 30 day(s)
TUKYSA TABS 50 MG [<i>tucatinib</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>vinblastine sulfate soln 1 mg/ml</i>	2	
<i>vincristine sulfate soln 1 mg/ml</i>	2	
<i>vinorelbine tartrate soln 10 mg/ml</i>	1	
<i>vinorelbine tartrate soln 50 mg/5ml</i>	1	
VOTRIENT TABS 200 MG [<i>pazopanib hcl</i>]	2	QL - 30 day(s)
XTANDI CAPS 40 MG [<i>enzalutamide</i>]	2	QL - 30 day(s)

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZELBORAF TABS 240 MG [<i>vemurafenib</i>]	2	QL - 30 day(s)
ZYDELIG TABS 100 MG [<i>idelalisib</i>]	2	QL - 30 day(s)
ZYDELIG TABS 150 MG [<i>idelalisib</i>]	2	QL - 30 day(s)
AUTONOMIC DRUGS		
ANTICHOLINERGIC AGENTS		
ATROPINE SULFATE SOLN 8 MG/20ML [<i>atropine sulfate</i>]	1	
ATROPINE SULFATE SOSY 0.25 MG/5ML [<i>atropine sulfate</i>]	2	
<i>dicyclomine hcl caps 10 mg</i>	1	MO
<i>dicyclomine hcl soln 10 mg/5ml</i>	1	MO
<i>dicyclomine hcl soln 10 mg/ml</i>	1	
<i>dicyclomine hcl tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate soln 4 mg/20ml</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate tabs 1 mg</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate tabs 2 mg</i>	1	MO
<i>propantheline bromide tabs 15 mg</i>	2	
<i>scopolamine hydrobromide inj 0.4mg/ml</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hcl tabs 2 mg</i>	1	MO
<i>trihexyphenidyl hcl tabs 5 mg</i>	1	MO
AUTONOMIC DRUGS, MISCELLANEOUS		
CHANTIX TABS 1 MG [<i>varenicline tartrate</i>]	2	PREV
<i>finasteride tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>phenoxybenzamine hcl caps 10 mg</i>	1	
PARASYMPATHOMIMETIC (CHOLINERGIC) AGENTS		
<i>bethanechol chloride tabs 10 mg</i>	1	
<i>bethanechol chloride tabs 25 mg</i>	1	
<i>bethanechol chloride tabs 5 mg</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bethanechol chloride tabs 50 mg</i>	1	
<i>donepezil hcl tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>donepezil hcl tabs 5 mg</i>	1	MO
[Edrophonium Chloride] ENLON SOLN 10 MG/ML	2	
<i>galantamine hydrobromide er cp24 16 mg</i>	1	MO
<i>galantamine hydrobromide er cp24 24 mg</i>	1	MO
<i>galantamine hydrobromide er cp24 8 mg</i>	1	MO
<i>galantamine hydrobromide tabs 12 mg</i>	1	MO
<i>galantamine hydrobromide tabs 4 mg</i>	1	MO
<i>galantamine hydrobromide tabs 8 mg</i>	1	MO
MESTINON SOLN 60 MG/5ML [<i>pyridostigmine bromide</i>]	2	MO
<i>neostigmine methylsulfate soln 0.5 mg/ml</i>	1	
<i>neostigmine methylsulfate soln 1 mg/ml</i>	1	
<i>pilocarpine hcl tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>pyridostigmine bromide er tbcr 180 mg</i>	1	MO
<i>pyridostigmine bromide soln 60 mg/5ml</i>	1	MO
<i>pyridostigmine bromide tabs 60 mg</i>	1	MO
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
<i>baclofen tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>baclofen tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>cyclobenzaprine hcl tabs 10 mg</i>	1	
<i>dantrolene sodium caps 100 mg</i>	1	MO
<i>dantrolene sodium caps 25 mg</i>	1	MO
<i>dantrolene sodium caps 50 mg</i>	1	MO
<i>methocarbamol tabs 500 mg</i>	1	
<i>methocarbamol tabs 750 mg</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
[Dantrolene Sodium] REVONTO SOLR 20 MG	1	
<i>tizanidine hcl tabs 2 mg</i>	1	MO
<i>tizanidine hcl tabs 4 mg</i>	1	MO
SYMPATHOLYTIC (ADRENERGIC BLOCKING) AGENTS		
<i>tamsulosin hcl caps 0.4 mg</i>	1	MO
SYMPATHOMIMETIC (ADRENERGIC) AGENTS		
ADRENALIN SOLN 1 MG/ML [<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>]	2	
<i>albuterol sulfate er tb12 4 mg</i>	2	MO
<i>albuterol sulfate er tb12 8 mg</i>	2	MO
<i>albuterol sulfate nebu (5 mg/ml) 0.5%</i>	1	MO
<i>albuterol sulfate nebu 0.63 mg/3ml</i>	1	MO
<i>albuterol sulfate nebu 1.25 mg/3ml</i>	1	MO
<i>ephedrine sulfate inj 50mg/ml</i>	1	
EPHEDRINE SULFATE SOLN 50 MG/ML [<i>ephedrine sulfate (pressors)</i>]	1	
EPINEPHRINE PF SOLN 1 MG/ML [<i>epinephrine</i>]	2	
<i>epinephrine soaj 0.15 mg/0.15ml</i>	2	
EPINEPHRINE SOLN 30 MG/30ML [<i>epinephrine</i>]	2	
EPINEPHRINE SOSY 1 MG/10ML [<i>epinephrine</i>]	1	
EPINEPHRINESNAP-V KIT 1 MG/ML [<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>]	2	
EIPEN 2-PAK SOAJ 0.3 MG/0.3ML [<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>]	2	
EIPEN JR 2-PAK SOAJ 0.15 MG/0.3ML [<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>]	2	
<i>ergoloid mesylates tabs 1 mg</i>	2	MO
<i>ipratropium-albuterol soln 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	1	MO
<i>metaproterenol sulfate syrp 10 mg/5ml</i>	2	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metaproterenol sulfate tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>metaproterenol sulfate tabs 20 mg</i>	2	MO
<i>midodrine hcl tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>midodrine hcl tabs 2.5 mg</i>	1	MO
<i>midodrine hcl tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>norepinephrine bitartrate soln 1 mg/ml</i>	1	
<i>terbutaline sulfate soln 1 mg/ml</i>	1	
<i>terbutaline sulfate tabs 2.5 mg</i>	1	MO
<i>terbutaline sulfate tabs 5 mg</i>	1	MO
XOPENEX CONCENTRATE NEBU 1.25 MG/0.5ML [<i>levalbuterol hcl</i>]	2	MO
XOPENEX HFA AERO 45 MCG/ACT [<i>levalbuterol tartrate</i>]	2	MO
XOPENEX NEBU 0.31 MG/3ML [<i>levalbuterol hcl</i>]	2	MO
XOPENEX NEBU 0.63 MG/3ML [<i>levalbuterol hcl</i>]	2	MO
XOPENEX NEBU 1.25 MG/3ML [<i>levalbuterol hcl</i>]	2	MO
BLOOD FORMATION, COAGULATION, AND THROMBOSIS		
BLOOD FORMATION MODIFIERS		
BERINERT KIT 500 UNIT [<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>icatibant acetate soln 30 mg/3ml</i>	1	QL - 30 day(s)
COAGULANTS AND ANTICOAGULANTS		
ACTIVASE SOLR 100 MG [<i>alteplase</i>]	2	
ADVATE SOLR 1000 UNIT [<i>antihemophilic factor (rcmb) plasma/albumin free (rahf-pfm)</i>]	2	QL - 30 day(s)
ADVATE SOLR 1500 UNIT [<i>antihemophilic factor (rcmb) plasma/albumin free (rahf-pfm)</i>]	2	QL - 30 day(s)
ADVATE SOLR 2000 UNIT [<i>antihemophilic factor (rcmb) plasma/albumin free (rahf-pfm)</i>]	2	QL - 30 day(s)

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ADVATE SOLR 250 UNIT [<i>antihemophilic factor (rcmb) plasma/albumin free (rahf-pfm)</i>]	2	QL - 30 day(s)
ADVATE SOLR 500 UNIT [<i>antihemophilic factor (rcmb) plasma/albumin free (rahf-pfm)</i>]	2	QL - 30 day(s)
AGGRENEX CP12 25-200 MG [<i>aspirin-dipyridamole</i>]	2	MO
ALPHANINE SD SOLR 500 UNIT [<i>coagulation factor ix</i>]	2	QL - 30 day(s)
AMICAR SOLN 0.25 GM/ML [<i>aminocaproic acid</i>]	2	
<i>aminocaproic acid soln 250 mg/ml</i>	1	
<i>aminocaproic acid tabs 1000 mg</i>	1	
<i>aminocaproic acid tabs 500 mg</i>	1	
<i>anagrelide hcl caps 0.5 mg</i>	1	MO
<i>anagrelide hcl caps 1 mg</i>	1	MO
<i>aspirin-dipyridamole er cp12 25-200 mg</i>	1	MO
BRILINTA TABS 60 MG [<i>ticagrelor</i>]	2	MO
BRILINTA TABS 90 MG [<i>ticagrelor</i>]	2	MO
CATHFLO ACTIVASE SOLR 2 MG [<i>alteplase</i>]	2	
<i>clopidogrel bisulfate tabs 75 mg</i>	1	MO
<i>dipyridamole tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>dipyridamole tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>dipyridamole tabs 75 mg</i>	1	MO
<i>enoxaparin sodium soln 100 mg/ml</i>	1	
<i>enoxaparin sodium soln 120 mg/0.8ml</i>	1	
<i>enoxaparin sodium soln 150 mg/ml</i>	1	
<i>enoxaparin sodium soln 30 mg/0.3ml</i>	1	
<i>enoxaparin sodium soln 40 mg/0.4ml</i>	1	
<i>enoxaparin sodium soln 60 mg/0.6ml</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>enoxaparin sodium soln 80 mg/0.8ml</i>	1	
<i>fondaparinux sodium soln 10 mg/0.8ml</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>fondaparinux sodium soln 2.5 mg/0.5ml</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>fondaparinux sodium soln 5 mg/0.4ml</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>fondaparinux sodium soln 7.5 mg/0.6ml</i>	1	QL - 30 day(s)
HELIXATE FS KIT 1000 UNIT [<i>antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)</i>]	2	QL - 30 day(s)
HELIXATE FS KIT 250 UNIT [<i>antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)</i>]	2	QL - 30 day(s)
HELIXATE FS KIT 3000 UNIT [<i>antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)</i>]	2	QL - 30 day(s)
HELIXATE FS KIT 500 UNIT [<i>antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)</i>]	2	QL - 30 day(s)
HEMOPIL M SOLR 1000 UNIT [<i>antihemophilic factor (human)</i>]	2	QL - 30 day(s)
HEPARIN LOCK FLUSH SOLN 10 UNIT/ML [<i>heparin sodium (porcine) lock flush</i>]	1	
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W SOLN 25000-5 UT/500ML-% [<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>]	2	
<i>heparin sodium (porcine) pf soln 5000 unit/0.5ml</i>	1	
HEPARIN SODIUM (PORCINE) SOLN 1000 UNIT/ML [<i>heparin sodium (porcine)</i>]	1	
HEPARIN SODIUM (PORCINE) SOLN 10000 UNIT/ML [<i>heparin sodium (porcine)</i>]	1	
HEPARIN SODIUM (PORCINE) SOLN 20000 UNIT/ML [<i>heparin sodium (porcine)</i>]	1	
<i>heparin sodium (porcine) soln 5000 unit/ml</i>	1	
HEPARIN SODIUM LOCK FLUSH SOLN 100 UNIT/ML [<i>heparin sodium (porcine) lock flush</i>]	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hetastarch-nacl soln 6-0.9 %</i>	1	
HUMATE-P SOLR 1000-2400 UNIT [<i>antihemophilic factor/von willebrand factor complex (human)</i>]	2	QL - 30 day(s)
HUMATE-P SOLR 250-600 UNIT [<i>antihemophilic factor/von willebrand factor complex (human)</i>]	2	QL - 30 day(s)
HUMATE-P SOLR 500-1200 UNIT [<i>antihemophilic factor/von willebrand factor complex (human)</i>]	2	QL - 30 day(s)
KOATE-DVI SOLR 1000 UNIT [<i>antihemophilic factor (human)</i>]	2	QL - 30 day(s)
KOGENATE FS KIT 1000 UNIT [<i>antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)</i>]	2	QL - 30 day(s)
KOGENATE FS KIT 2000 UNIT [<i>antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)</i>]	2	QL - 30 day(s)
KOGENATE FS KIT 250 UNIT [<i>antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)</i>]	2	QL - 30 day(s)
KOGENATE FS KIT 500 UNIT [<i>antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)</i>]	2	QL - 30 day(s)
KOVALTRY SOLR 1000 UNIT [<i>antihemophilic factor (rcmb) plasma/albumin free (rahf-pfm)</i>]	2	QL - 30 day(s)
KOVALTRY SOLR 250 UNIT [<i>antihemophilic factor (rcmb) plasma/albumin free (rahf-pfm)</i>]	2	QL - 30 day(s)
KOVALTRY SOLR 500 UNIT [<i>antihemophilic factor (rcmb) plasma/albumin free (rahf-pfm)</i>]	2	QL - 30 day(s)
LOVENOX SOLN 100 MG/ML [<i>enoxaparin sodium</i>]	2	
LOVENOX SOLN 120 MG/0.8ML [<i>enoxaparin sodium</i>]	2	
LOVENOX SOLN 150 MG/ML [<i>enoxaparin sodium</i>]	2	
LOVENOX SOLN 30 MG/0.3ML [<i>enoxaparin sodium</i>]	2	
LOVENOX SOLN 40 MG/0.4ML [<i>enoxaparin sodium</i>]	2	
LOVENOX SOLN 60 MG/0.6ML [<i>enoxaparin sodium</i>]	2	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LOVENOX SOLN 80 MG/0.8ML [<i>enoxaparin sodium</i>]	2	
MONOCLATE-P KIT 1000 UNIT [<i>antihemophilic factor (human)</i>]	2	QL - 30 day(s)
MONONINE SOLR 1000 UNIT [<i>coagulation factor ix</i>]	2	QL - 30 day(s)
pentoxifylline er tbcr 400 mg	1	MO
PLASMANATE SOLN 5 % [<i>plasma protein fraction</i>]	2	
PRADAXA CAPS 110 MG [<i>dabigatran etexilate mesylate</i>]	2	MO
PRADAXA CAPS 150 MG [<i>dabigatran etexilate mesylate</i>]	2	MO
prasugrel hcl tabs 10 mg	1	MO
prasugrel hcl tabs 5 mg	1	MO
PROFILNINE SOLR 1000 UNIT [<i>factor ix complex</i>]	2	QL - 30 day(s)
PROFILNINE SOLR 500 UNIT [<i>factor ix complex</i>]	2	QL - 30 day(s)
protamine sulfate soln 10 mg/ml	2	
RECOMBINATE SOLR 220-400 UNIT [<i>antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)</i>]	2	QL - 30 day(s)
RECOMBINATE SOLR 401-800 UNIT [<i>antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)</i>]	2	QL - 30 day(s)
RECOMBINATE SOLR 801-1240 UNIT [<i>antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)</i>]	2	QL - 30 day(s)
REFACTO INJ 250UNIT [<i>antihemophilic factor (recombinant)</i>]	2	
REFACTO INJ 500UNIT [<i>antihemophilic factor (recombinant)</i>]	2	
THROMBIN-JMI SOLR 20000 UNIT [<i>thrombin</i>]	2	
THROMBIN-JMI SOLR 5000 UNIT [<i>thrombin</i>]	2	
TNKASE KIT 50 MG [<i>tenecteplase</i>]	2	QL - 30 day(s)
tranexamic acid soln 1000 mg/10ml	1	
warfarin sodium tabs 1 mg	1	MO
warfarin sodium tabs 10 mg	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>warfarin sodium tabs 2 mg</i>	1	MO
<i>warfarin sodium tabs 2.5 mg</i>	1	MO
<i>warfarin sodium tabs 3 mg</i>	1	MO
<i>warfarin sodium tabs 4 mg</i>	1	MO
<i>warfarin sodium tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>warfarin sodium tabs 6 mg</i>	1	MO
<i>warfarin sodium tabs 7.5 mg</i>	1	MO
HEMATOPOIETIC AGENTS		
PROCRIT SOLN 10000 UNIT/ML [<i>epoetin alfa</i>]	2	QL - 30 day(s)
PROCRIT SOLN 2000 UNIT/ML [<i>epoetin alfa</i>]	2	QL - 30 day(s)
PROCRIT SOLN 20000 UNIT/ML [<i>epoetin alfa</i>]	2	QL - 30 day(s)
PROCRIT SOLN 3000 UNIT/ML [<i>epoetin alfa</i>]	2	QL - 30 day(s)
PROCRIT SOLN 4000 UNIT/ML [<i>epoetin alfa</i>]	2	QL - 30 day(s)
PROCRIT SOLN 40000 UNIT/ML [<i>epoetin alfa</i>]	2	QL - 30 day(s)
ZARXIO SOSY 300 MCG/0.5ML [<i>filgrastim-sndz</i>]	2	QL - 30 day(s)
ZARXIO SOSY 480 MCG/0.8ML [<i>filgrastim-sndz</i>]	2	QL - 30 day(s)
CARDIOVASCULAR DRUGS		
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>alfuzosin hcl er tb24 10 mg</i>	1	MO
<i>doxazosin mesylate tabs 1 mg</i>	1	MO
<i>doxazosin mesylate tabs 2 mg</i>	1	MO
<i>doxazosin mesylate tabs 4 mg</i>	1	MO
<i>doxazosin mesylate tabs 8 mg</i>	1	MO
<i>prazosin hcl caps 1 mg</i>	1	MO
<i>prazosin hcl caps 2 mg</i>	1	MO
<i>prazosin hcl caps 5 mg</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>terazosin hcl caps 1 mg</i>	1	MO
<i>terazosin hcl caps 10 mg</i>	1	MO
<i>terazosin hcl caps 2 mg</i>	1	MO
<i>terazosin hcl caps 5 mg</i>	1	MO
ANTILIPEMIC AGENTS		
<i>atorvastatin calcium tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>atorvastatin calcium tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>atorvastatin calcium tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>atorvastatin calcium tabs 80 mg</i>	1	MO
<i>cholestyramine light pack 4 gm</i>	1	MO
<i>cholestyramine light powd 4 gm/dose</i>	1	MO
<i>cholestyramine pack 4 gm</i>	1	MO
<i>cholestyramine powd 4 gm/dose</i>	1	MO
<i>colesevelam hcl tabs 625 mg</i>	1	MO
<i>colestipol hcl gran 5 gm</i>	1	MO
<i>colestipol hcl pack 5 gm</i>	1	MO
<i>colestipol hcl tabs 1 gm</i>	1	MO
ENTRESTO TABS 24-26 MG [<i>sacubitril-valsartan</i>]	2	MO
ENTRESTO TABS 49-51 MG [<i>sacubitril-valsartan</i>]	2	MO
ENTRESTO TABS 97-103 MG [<i>sacubitril-valsartan</i>]	2	MO
<i>ezetimibe tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>fenofibrate tabs 160 mg</i>	1	MO
<i>fenofibrate tabs 54 mg</i>	1	MO
<i>gemfibrozil tabs 600 mg</i>	1	MO
<i>lovastatin tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>lovastatin tabs 20 mg</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lovastatin tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>pravastatin sodium tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>pravastatin sodium tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>pravastatin sodium tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>pravastatin sodium tabs 80 mg</i>	1	MO
<i>rosuvastatin calcium tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>rosuvastatin calcium tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>rosuvastatin calcium tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>rosuvastatin calcium tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>simvastatin tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>simvastatin tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>simvastatin tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>simvastatin tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>simvastatin tabs 80 mg</i>	1	MO
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>acebutolol hcl caps 200 mg</i>	1	MO
<i>acebutolol hcl caps 400 mg</i>	1	MO
<i>atenolol tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>atenolol tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>atenolol tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone tabs 100-25 mg</i>	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone tabs 50-25 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol fumarate tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol fumarate tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide tabs 10-6.25 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide tabs 2.5-6.25 mg</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide tabs 5-6.25 mg</i>	1	MO
<i>carvedilol tabs 12.5 mg</i>	1	MO
<i>carvedilol tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>carvedilol tabs 3.125 mg</i>	1	MO
<i>carvedilol tabs 6.25 mg</i>	1	MO
<i>labetalol hcl soln 5 mg/ml</i>	1	
<i>labetalol hcl tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>labetalol hcl tabs 200 mg</i>	1	MO
<i>labetalol hcl tabs 300 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol succinate er tb24 100 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol succinate er tb24 200 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol succinate er tb24 25 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol succinate er tb24 50 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol tartrate soln 5 mg/5ml</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol tartrate tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol tartrate tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>nadolol tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>nadolol tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>nadolol tabs 80 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl er cp24 120 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl er cp24 160 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl er cp24 60 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl er cp24 80 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl soln 1 mg/ml</i>	1	
<i>propranolol hcl soln 20 mg/5ml</i>	2	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>propranolol hcl soln 40 mg/5ml</i>	2	MO
<i>propranolol hcl tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl tabs 60 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl tabs 80 mg</i>	1	MO
<i>sotalol hcl tabs 120 mg</i>	1	MO
<i>sotalol hcl tabs 160 mg</i>	1	MO
<i>sotalol hcl tabs 240 mg</i>	1	MO
<i>sotalol hcl tabs 80 mg</i>	1	MO
CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS		
<i>amlodipine besylate tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>amlodipine besylate tabs 2.5 mg</i>	1	MO
<i>amlodipine besylate tabs 5 mg</i>	1	MO
[Diltiazem Hcl Coated Beads] CARTIA XT CP24 180 MG	1	MO
[Diltiazem Hcl Coated Beads] CARTIA XT CP24 240 MG	1	MO
[Diltiazem Hcl Coated Beads] CARTIA XT CP24 300 MG	1	MO
<i>diltiazem hcl cp24 120 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl cp24 180 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl cp24 240 mg</i>	1	MO
DILTIAZEM HCL POWD [<i>diltiazem hcl (bulk)</i>]	2	
<i>diltiazem hcl soln 125 mg/25ml</i>	1	
<i>diltiazem hcl tabs 120 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl tabs 30 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl tabs 60 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl tabs 90 mg</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>felodipine er tb24 10 mg</i>	1	MO
<i>felodipine er tb24 2.5 mg</i>	1	MO
<i>felodipine er tb24 5 mg</i>	1	MO
KATERZIA SUSP 1 MG/ML [<i>amlodipine benzoate</i>]	2	MO
<i>nifedipine caps 10 mg</i>	1	MO
<i>nifedipine caps 20 mg</i>	1	MO
<i>nifedipine er osmotic release tb24 30 mg</i>	1	MO
<i>nifedipine er osmotic release tb24 60 mg</i>	1	MO
<i>nifedipine er osmotic release tb24 90 mg</i>	1	MO
<i>nimodipine caps 30 mg</i>	1	
<i>verapamil hcl er tbc 120 mg</i>	1	MO
<i>verapamil hcl er tbc 180 mg</i>	1	MO
<i>verapamil hcl er tbc 240 mg</i>	1	MO
<i>verapamil hcl soln 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>verapamil hcl tabs 120 mg</i>	1	MO
<i>verapamil hcl tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>verapamil hcl tabs 80 mg</i>	1	MO
CARDIAC DRUGS		
<i>adenosine soln 12 mg/4ml</i>	1	
<i>amiodarone hcl soln 150 mg/3ml</i>	1	
<i>amiodarone hcl tabs 200 mg</i>	1	MO
DIGOXIN SOLN 0.05 MG/ML [<i>digoxin</i>]	2	MO
<i>digoxin soln 0.25 mg/ml</i>	1	
<i>digoxin tabs 125 mcg</i>	1	MO
<i>digoxin tabs 250 mcg</i>	1	MO
<i>disopyramide phosphate caps 100 mg</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>disopyramide phosphate caps 150 mg</i>	1	MO
DOFETILIDE CAPS 125 MCG [<i>dofetilide</i>]	1	MO
DOFETILIDE CAPS 250 MCG [<i>dofetilide</i>]	1	MO
DOFETILIDE CAPS 500 MCG [<i>dofetilide</i>]	1	MO
DOPAMINE HCL SOLN 40 MG/ML [<i>dopamine hcl</i>]	2	
<i>flecainide acetate tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>flecainide acetate tabs 150 mg</i>	1	MO
<i>flecainide acetate tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>lidocaine hcl (cardiac) pf soty 100 mg/5ml</i>	2	
<i>lidocaine hcl (cardiac) pf soty 50 mg/5ml</i>	2	
LIDOCAINE IN D5W SOLN 4-5 MG/ML-% [<i>lidocaine in d5w</i>]	1	
<i>mexiletine hcl caps 150 mg</i>	1	MO
<i>mexiletine hcl caps 200 mg</i>	1	MO
<i>mexiletine hcl caps 250 mg</i>	1	MO
NORPACE CR CP12 100 MG [<i>disopyramide phosphate</i>]	2	MO
NORPACE CR CP12 150 MG [<i>disopyramide phosphate</i>]	2	MO
<i>procainamide hcl soln 100 mg/ml</i>	1	
<i>propafenone hcl tabs 150 mg</i>	1	MO
<i>propafenone hcl tabs 225 mg</i>	1	MO
<i>propafenone hcl tabs 300 mg</i>	1	MO
<i>quinidine gluconate er tbcr 324 mg</i>	1	MO
<i>quinidine sulfate er tab 300mg er</i>	2	MO
<i>quinidine sulfate tabs 200 mg</i>	2	MO
<i>quinidine sulfate tabs 300 mg</i>	2	MO
HYPOTENSIVE AGENTS		
<i>acetazolamide sodium solr 500 mg</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clonidine hcl tabs 0.1 mg</i>	1	MO
<i>clonidine hcl tabs 0.2 mg</i>	1	MO
<i>clonidine hcl tabs 0.3 mg</i>	1	MO
<i>guanfacine hcl tabs 1 mg</i>	1	MO
<i>guanfacine hcl tabs 2 mg</i>	1	MO
<i>hydralazine hcl tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>hydralazine hcl tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>hydralazine hcl tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>hydralazine hcl tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>methyldopa tabs 250 mg</i>	1	MO
<i>methyldopa tabs 500 mg</i>	1	MO
<i>minoxidil tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>minoxidil tabs 2.5 mg</i>	1	MO
[Nitroprusside Sodium] NITROPRESS SOLN 25 MG/ML	2	
<i>nitroprusside sodium soln 25 mg/ml</i>	1	
<i>phentolamine mesylate solr 5 mg</i>	1	
RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERONE SYSTEM INHIBITORS		
<i>benazepril hcl tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>benazepril hcl tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>benazepril hcl tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>benazepril hcl tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>captopril tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>captopril tabs 12.5 mg</i>	1	MO
<i>captopril tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>captopril tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril tabs 10 mg</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lisinopril tabs 2.5 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril tabs 30 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide tabs 10-12.5 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide tabs 20-12.5 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide tabs 20-25 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium-hctz tabs 100-12.5 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium-hctz tabs 100-25 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium-hctz tabs 50-12.5 mg</i>	1	MO
<i>spironolactone tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>spironolactone tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>spironolactone tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>spironolactone-hctz tabs 25-25 mg</i>	1	MO
VASODILATING AGENTS		
ADCIRCA TABS 20 MG [<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>bosentan tabs 125 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>bosentan tabs 62.5 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>epoprostenol sodium solr 0.5 mg</i>	1	QL - 30 day(s), LD
<i>epoprostenol sodium solr 1.5 mg</i>	1	QL - 30 day(s), LD

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ISORDIL TITRADOSE TABS 40 MG [<i>isosorbide dinitrate</i>]	2	MO
<i>isosorbide dinitrate er tbcr 40 mg</i>	2	MO
<i>isosorbide dinitrate tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide dinitrate tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide dinitrate tabs 30 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide dinitrate tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate er tb24 120 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate er tb24 30 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate er tb24 60 mg</i>	1	MO
[Nitroglycerin] NITRO-BID OINT 2 %	2	MO
NITRO-DUR PT24 0.3 MG/HR [<i>nitroglycerin</i>]	2	MO
NITRO-DUR PT24 0.8 MG/HR [<i>nitroglycerin</i>]	2	MO
<i>nitroglycerin pt24 0.1 mg/hr</i>	1	MO
<i>nitroglycerin pt24 0.2 mg/hr</i>	1	MO
<i>nitroglycerin pt24 0.4 mg/hr</i>	1	MO
<i>nitroglycerin pt24 0.6 mg/hr</i>	1	MO
<i>nitroglycerin soln 0.4 mg/spray</i>	1	MO
<i>nitroglycerin soln 5 mg/ml</i>	2	
<i>nitroglycerin subl 0.3 mg</i>	1	MO
<i>nitroglycerin subl 0.4 mg</i>	1	MO
<i>nitroglycerin subl 0.6 mg</i>	1	MO
OPSUMIT TABS 10 MG [<i>macitentan</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>sildenafil citrate susr 10 mg/ml</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>sildenafil citrate tabs 20 mg</i>	1	MO
VELETRI SOLR 0.5 MG [<i>epoprostenol sodium</i>]	2	QL - 30 day(s), LD

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VELETRI SOLR 1.5 MG [<i>epoprostenol sodium</i>]	2	QL - 30 day(s), LD
VENTAVIS SOLN 10 MCG/ML [<i>iloprost</i>]	2	QL - 30 day(s), LD
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
ALCOHOL DETERRENTS		
<i>acamprosate calcium tbec 333 mg</i>	1	MO
[Disulfiram] ANTABUSE TABS 500 MG	2	MO
<i>disulfiram tabs 250 mg</i>	1	MO
<i>disulfiram tabs 500 mg</i>	1	MO
ANALGESICS AND ANTIPYRETICS		
<i>acetaminophen-codeine #2 tabs 300-15 mg</i>	1	QL - 30 day(s), AR
<i>acetaminophen-codeine #3 tabs 300-30 mg</i>	1	QL - 30 day(s), AR
<i>acetaminophen-codeine #4 tabs 300-60 mg</i>	1	QL - 30 day(s), AR
<i>acetaminophen-codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	1	QL - 30 day(s), AR
<i>amphetamine-dextroamphetamine tabs 15 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>amphetamine-dextroamphetamine tabs 7.5 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>butorphanol tartrate soln 1 mg/ml</i>	2	QL - 30 day(s)
<i>butorphanol tartrate soln 2 mg/ml</i>	2	QL - 30 day(s)
<i>celecoxib caps 100 mg</i>	1	MO
<i>celecoxib caps 200 mg</i>	1	MO
<i>celecoxib caps 400 mg</i>	1	MO
<i>celecoxib caps 50 mg</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CHOLINE-MAG TRISALICYLATE LIQD 500 MG/5ML [<i>choline & mag salicylate</i>]	1	
CODEINE SULFATE TABS 15 MG [<i>codeine sulfate</i>]	2	QL - 30 day(s), AR
CODEINE SULFATE TABS 30 MG [<i>codeine sulfate</i>]	2	QL - 30 day(s), AR
CODEINE SULFATE TABS 60 MG [<i>codeine sulfate</i>]	2	QL - 30 day(s), AR
<i>etodolac caps 200 mg</i>	1	MO
<i>etodolac caps 300 mg</i>	1	MO
<i>etodolac tabs 400 mg</i>	1	MO
<i>etodolac tabs 500 mg</i>	1	MO
FENTANYL CITRATE (PF) SOLN 1000 MCG/20ML [<i>fentanyl citrate</i>]	1	QL - 30 day(s)
<i>fentanyl pt72 100 mcg/hr</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>fentanyl pt72 12 mcg/hr</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>fentanyl pt72 25 mcg/hr</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>fentanyl pt72 50 mcg/hr</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>fentanyl pt72 75 mcg/hr</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>hydrocodone-acetaminophen tabs 10-325 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>hydrocodone-acetaminophen tabs 5-325 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>hydrocodone-acetaminophen tabs 7.5-325 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>hydromorphone hcl liqd 1 mg/ml</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>hydromorphone hcl pf soln 10 mg/ml</i>	1	QL - 30 day(s)
HYDROMORPHONE HCL SOLN 1 MG/ML [<i>hydromorphone hcl</i>]	1	QL - 30 day(s)
HYDROMORPHONE HCL SOLN 2 MG/ML [<i>hydromorphone hcl</i>]	1	QL - 30 day(s)
HYDROMORPHONE HCL SOLN 4 MG/ML [<i>hydromorphone hcl</i>]	2	QL - 30 day(s)

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HYDROMORPHONE HCL SUPP 3 MG [<i>hydromorphone hcl</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>hydromorphone hcl tabs 2 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>hydromorphone hcl tabs 4 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
[Ibuprofen] IBU TABS 400 MG	1	MO
[Ibuprofen] IBU TABS 600 MG	1	MO
[Ibuprofen] IBU TABS 800 MG	1	MO
[Indomethacin] INDOCIN SUPP 50 MG	2	
INDOMETHACIN CAPS 25 MG [<i>indomethacin</i>]	1	
<i>indomethacin caps 50 mg</i>	1	
<i>indomethacin er cpcr 75 mg</i>	1	
INDOMETHACIN SODIUM SOLR 1 MG [<i>indomethacin sodium</i>]	1	
<i>ketoprofen caps 50 mg</i>	2	
<i>ketoprofen caps 75 mg</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine soln 15 mg/ml</i>	1	
<i>ketorolac tromethamine soln 30 mg/ml</i>	1	
<i>ketorolac tromethamine soln 60 mg/2ml</i>	1	
<i>meloxicam tabs 15 mg</i>	1	MO
<i>meloxicam tabs 7.5 mg</i>	1	MO
[Methadone Hcl] METHADONE HCL INTENSOL CONC 10 MG/ML	1	QL - 30 day(s)
<i>methadone hcl soln 5 mg/5ml</i>	2	QL - 30 day(s)
METHADONE HCL TABS 10 MG [<i>methadone hcl</i>]	1	QL - 30 day(s)
METHADONE HCL TABS 5 MG [<i>methadone hcl</i>]	1	QL - 30 day(s)
[Methadone Hcl] METHADOSE TBSO 40 MG	1	QL - 30 day(s)
<i>morphine sulfate (concentrate) soln 100 mg/5ml</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>morphine sulfate er tbcr 100 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>morphine sulfate er tbcr 15 mg</i>	1	QL - 30 day(s)

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>morphine sulfate er tbc</i> 200 mg	1	QL - 30 day(s)
<i>morphine sulfate er tbc</i> 30 mg	1	QL - 30 day(s)
<i>morphine sulfate er tbc</i> 60 mg	1	QL - 30 day(s)
MORPHINE SULFATE SOLN 15 MG/ML [<i>morphine sulfate</i>]	2	QL - 30 day(s)
MORPHINE SULFATE SUPP 10 MG [<i>morphine sulfate</i>]	2	QL - 30 day(s)
MORPHINE SULFATE SUPP 20 MG [<i>morphine sulfate</i>]	2	QL - 30 day(s)
MORPHINE SULFATE SUPP 30 MG [<i>morphine sulfate</i>]	2	QL - 30 day(s)
MORPHINE SULFATE SUPP 5 MG [<i>morphine sulfate</i>]	2	QL - 30 day(s)
MORPHINE SULFATE TABS 15 MG [<i>morphine sulfate</i>]	2	QL - 30 day(s)
MORPHINE SULFATE TABS 30 MG [<i>morphine sulfate</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>nabumetone tabs</i> 500 mg	1	MO
<i>nabumetone tabs</i> 750 mg	1	MO
<i>naproxen tabs</i> 250 mg	1	MO
<i>naproxen tabs</i> 375 mg	1	MO
<i>naproxen tabs</i> 500 mg	1	MO
<i>oxycodone hcl caps</i> 5 mg	1	QL - 30 day(s)
<i>oxycodone hcl conc</i> 100 mg/5ml	1	QL - 30 day(s)
OXYCODONE HCL SOLN 5 MG/5ML [<i>oxycodone hcl</i>]	1	QL - 30 day(s)
<i>oxycodone hcl tabs</i> 5 mg	1	QL - 30 day(s)
<i>oxycodone-acetaminophen tabs</i> 5-325 mg	1	QL - 30 day(s)
SALSALATE TABS 500 MG [<i>salsalate</i>]	1	
SALSALATE TABS 750 MG [<i>salsalate</i>]	1	
<i>sufentanil citrate soln</i> 50 mcg/ml	1	QL - 30 day(s)
<i>sulindac tabs</i> 150 mg	1	
<i>sulindac tabs</i> 200 mg	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tramadol hcl tabs 50 mg</i>	1	QL - 30 day(s), AR
ANOREXIGENIC AGENTS AND RESPIRATORY AND CEREBRAL STIMULANTS		
<i>amphetamine-dextroamphet er cp24 10 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>amphetamine-dextroamphet er cp24 15 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>amphetamine-dextroamphet er cp24 20 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>amphetamine-dextroamphet er cp24 25 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>amphetamine-dextroamphet er cp24 30 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>amphetamine-dextroamphet er cp24 5 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>amphetamine-dextroamphetamine tabs 10 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>amphetamine-dextroamphetamine tabs 20 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>amphetamine-dextroamphetamine tabs 30 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>amphetamine-dextroamphetamine tabs 5 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>armodafinil tabs 150 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>armodafinil tabs 200 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>armodafinil tabs 250 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>armodafinil tabs 50 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>atomoxetine hcl caps 10 mg</i>	1	MO
<i>atomoxetine hcl caps 100 mg</i>	1	MO
<i>atomoxetine hcl caps 18 mg</i>	1	MO
<i>atomoxetine hcl caps 25 mg</i>	1	MO
<i>atomoxetine hcl caps 40 mg</i>	1	MO
<i>atomoxetine hcl caps 60 mg</i>	1	MO
<i>atomoxetine hcl caps 80 mg</i>	1	MO
<i>dextroamphetamine sulfate er cp24 10 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>dextroamphetamine sulfate er cp24 15 mg</i>	1	QL - 30 day(s)

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dextroamphetamine sulfate er cp24 5 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 10 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 5 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>guanfacine hcl er tb24 1 mg</i>	1	MO
<i>guanfacine hcl er tb24 2 mg</i>	1	MO
<i>guanfacine hcl er tb24 3 mg</i>	1	MO
<i>guanfacine hcl er tb24 4 mg</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl er (cd) cpcr 10 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>methylphenidate hcl er (cd) cpcr 20 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>methylphenidate hcl er (cd) cpcr 30 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>methylphenidate hcl er (cd) cpcr 40 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>methylphenidate hcl er (cd) cpcr 50 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>methylphenidate hcl er (cd) cpcr 60 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>methylphenidate hcl er tbcR 10 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>methylphenidate hcl er tbcR 18 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>methylphenidate hcl er tbcR 20 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>methylphenidate hcl er tbcR 27 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>methylphenidate hcl er tbcR 36 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>methylphenidate hcl er tbcR 54 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>methylphenidate hcl tabs 10 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>methylphenidate hcl tabs 20 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>methylphenidate hcl tabs 5 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>modafinil tabs 100 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>modafinil tabs 200 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
ANTICONVULSANTS		
<i>carbamazepine chew 100 mg</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carbamazepine er cp12 100 mg</i>	1	MO
<i>carbamazepine er cp12 200 mg</i>	1	MO
<i>carbamazepine er cp12 300 mg</i>	1	MO
<i>carbamazepine er tb12 400 mg</i>	1	MO
<i>carbamazepine susp 100 mg/5ml</i>	1	MO
<i>carbamazepine tabs 200 mg</i>	1	MO
CELONTIN CAPS 300 MG [<i>methsuximide</i>]	2	MO
<i>clobazam susp 2.5 mg/ml</i>	1	MO
<i>clobazam tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>clobazam tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>clonazepam tabs 0.5 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>clonazepam tbdp 0.125 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>clonazepam tbdp 0.25 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>clonazepam tbdp 0.5 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>clonazepam tbdp 1 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>clonazepam tbdp 2 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
DIASTAT ACUDIAL GEL 10 MG [<i>diazepam (anticonvulsant)</i>]	2	QL - 30 day(s)
DIASTAT ACUDIAL GEL 20 MG [<i>diazepam (anticonvulsant)</i>]	2	QL - 30 day(s)
DIASTAT PEDIATRIC GEL 2.5 MG [<i>diazepam (anticonvulsant)</i>]	2	QL - 30 day(s)
[Phenytoin Sodium Extended] DILANTIN CAPS 30 MG	2	MO
[Phenytoin] DILANTIN INFATABS CHEW 50 MG	2	MO
<i>divalproex sodium csdr 125 mg</i>	1	MO
<i>divalproex sodium tbec 125 mg</i>	1	MO
<i>divalproex sodium tbec 250 mg</i>	1	MO
<i>divalproex sodium tbec 500 mg</i>	1	MO
<i>ethosuximide caps 250 mg</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ethosuximide soln 250 mg/5ml</i>	1	MO
<i>felbamate susp 600 mg/5ml</i>	1	MO
<i>felbamate tabs 400 mg</i>	1	MO
<i>felbamate tabs 600 mg</i>	1	MO
<i>gabapentin caps 100 mg</i>	1	MO
<i>gabapentin caps 300 mg</i>	1	MO
<i>gabapentin caps 400 mg</i>	1	MO
<i>gabapentin tabs 600 mg</i>	1	MO
<i>gabapentin tabs 800 mg</i>	1	MO
<i>lamotrigine chew 25 mg</i>	1	MO
<i>lamotrigine chew 5 mg</i>	1	MO
<i>lamotrigine er tb24 200 mg</i>	1	MO
<i>lamotrigine er tb24 300 mg</i>	1	MO
<i>lamotrigine tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>lamotrigine tabs 150 mg</i>	1	MO
<i>lamotrigine tabs 200 mg</i>	1	MO
<i>lamotrigine tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>levetiracetam er tb24 500 mg</i>	1	MO
<i>levetiracetam er tb24 750 mg</i>	1	MO
<i>levetiracetam soln 100 mg/ml</i>	1	MO
<i>levetiracetam tabs 1000 mg</i>	1	MO
<i>levetiracetam tabs 250 mg</i>	1	MO
<i>levetiracetam tabs 500 mg</i>	1	MO
<i>levetiracetam tabs 750 mg</i>	1	MO
<i>magnesium sulfate soln 50 %</i>	1	
<i>oxcarbazepine susp 300 mg/5ml</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxcarbazepine tabs 150 mg</i>	1	MO
<i>oxcarbazepine tabs 300 mg</i>	1	MO
<i>oxcarbazepine tabs 600 mg</i>	1	MO
[Phenytoin] PHENYTOIN INFATABS CHEW 50 MG	1	MO
<i>phenytoin sodium extended caps 100 mg</i>	1	MO
<i>phenytoin sodium soln 50 mg/ml</i>	1	
<i>phenytoin susp 125 mg/5ml</i>	1	MO
<i>primidone tabs 250 mg</i>	1	MO
<i>primidone tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>topiramate cpsp 15 mg</i>	1	MO
<i>topiramate cpsp 25 mg</i>	1	MO
<i>topiramate tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>topiramate tabs 200 mg</i>	1	MO
<i>topiramate tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>topiramate tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>valproic acid caps 250 mg</i>	1	MO
<i>valproic acid soln 250 mg/5ml</i>	1	MO
<i>zonisamide caps 100 mg</i>	1	MO
<i>zonisamide caps 25 mg</i>	1	MO
<i>zonisamide caps 50 mg</i>	1	MO
ANTIMIGRAINE AGENTS		
[Ergotamine W/ Caffeine] CAFERGOT TABS 1-100 MG	2	
<i>dihydroergotamine mesylate soln 1 mg/ml</i>	1	
<i>dihydroergotamine mesylate soln 4 mg/ml</i>	1	
<i>eletriptan hydrobromide tabs 20 mg</i>	1	
<i>eletriptan hydrobromide tabs 40 mg</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
[Ergotamine Tartrate] ERGOMAR SUBL 2 MG	2	
ergotamine-caffeine tabs 1-100 mg	1	
[Ergotamine W/ Caffeine] MIGERGOT SUPP 2-100 MG	2	
naratriptan hcl tabs 1 mg	1	
naratriptan hcl tabs 2.5 mg	1	
rizatriptan benzoate tabs 10 mg	1	
rizatriptan benzoate tabs 5 mg	1	
rizatriptan benzoate tbdp 10 mg	1	
rizatriptan benzoate tbdp 5 mg	1	
sumatriptan soln 20 mg/act	1	
sumatriptan soln 5 mg/act	1	
sumatriptan succinate refill soct 6 mg/0.5ml	1	
sumatriptan succinate soaj 6 mg/0.5ml	1	
sumatriptan succinate soln 6 mg/0.5ml	1	
sumatriptan succinate tabs 100 mg	1	
sumatriptan succinate tabs 25 mg	1	
sumatriptan succinate tabs 50 mg	1	
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
amantadine hcl caps 100 mg	1	MO
amantadine hcl syrp 50 mg/5ml	1	MO
amantadine hcl tabs 100 mg	1	MO
benztropine mesylate soln 1 mg/ml	1	
benztropine mesylate tabs 0.5 mg	1	MO
benztropine mesylate tabs 1 mg	1	MO
benztropine mesylate tabs 2 mg	1	MO
bromocriptine mesylate caps 5 mg	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bromocriptine mesylate tabs 2.5 mg</i>	1	MO
<i>cabergoline tabs 0.5 mg</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa er tbc 25-100 mg</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa er tbc 50-200 mg</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa tabs 10-100 mg</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa tabs 25-100 mg</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa tabs 25-250 mg</i>	1	MO
ENTACAPONE TABS 200 MG [<i>entacapone</i>]	1	MO
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 0.125 mg</i>	1	MO
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 0.25 mg</i>	1	MO
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 0.5 mg</i>	1	MO
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 0.75 mg</i>	1	MO
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 1 mg</i>	1	MO
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 1.5 mg</i>	1	MO
<i>ropinirole hcl tabs 0.25 mg</i>	1	MO
<i>ropinirole hcl tabs 0.5 mg</i>	1	MO
<i>ropinirole hcl tabs 1 mg</i>	1	MO
<i>ropinirole hcl tabs 2 mg</i>	1	MO
<i>ropinirole hcl tabs 3 mg</i>	1	MO
<i>ropinirole hcl tabs 4 mg</i>	1	MO
<i>ropinirole hcl tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>selegiline hcl caps 5 mg</i>	1	MO
<i>selegiline hcl tabs 5 mg</i>	2	MO
ANXIOLYTICS, SEDATIVES, AND HYPNOTICS		
<i>alprazolam tabs 0.25 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>alprazolam tabs 0.5 mg</i>	1	QL - 30 day(s)

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>alprazolam tabs 1 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>alprazolam tabs 2 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>buspirone hcl tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>buspirone hcl tabs 15 mg</i>	1	MO
<i>buspirone hcl tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>buspirone hcl tabs 7.5 mg</i>	1	MO
<i>chlordiazepoxide hcl caps 10 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>chlordiazepoxide hcl caps 25 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>chlordiazepoxide hcl caps 5 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>clonazepam tabs 1 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>clonazepam tabs 2 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>diazepam soln 5 mg/ml</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>diazepam tabs 10 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>diazepam tabs 2 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>diazepam tabs 5 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>droperidol soln 2.5 mg/ml</i>	1, 2	
<i>hydroxyzine hcl soln 50 mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl syrp 10 mg/5ml</i>	1	MO
<i>hydroxyzine hcl tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>hydroxyzine hcl tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>hydroxyzine hcl tabs 50 mg</i>	1	MO
[Lorazepam] LORAZEPAM INTENSOL CONC 2 MG/ML	1	QL - 30 day(s)
<i>lorazepam tabs 0.5 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>lorazepam tabs 1 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>lorazepam tabs 2 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>midazolam hcl (pf) soln 10 mg/2ml</i>	1	QL - 30 day(s)

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>midazolam hcl (pf) soln 5 mg/ml</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>midazolam hcl soln 10 mg/2ml</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>midazolam hcl soln 5 mg/ml</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>oxazepam caps 10 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>oxazepam caps 15 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>oxazepam caps 30 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
PHENOBARBITAL ELIX 20 MG/5ML [<i>phenobarbital</i>]	1	MO
PHENOBARBITAL TABS 100 MG [<i>phenobarbital</i>]	1	MO
PHENOBARBITAL TABS 16.2 MG [<i>phenobarbital</i>]	1	MO
PHENOBARBITAL TABS 30 MG [<i>phenobarbital</i>]	1	MO
PHENOBARBITAL TABS 32.4 MG [<i>phenobarbital</i>]	1	MO
PHENOBARBITAL TABS 60 MG [<i>phenobarbital</i>]	1	MO
PHENOBARBITAL TABS 64.8 MG [<i>phenobarbital</i>]	1	MO
PHENOBARBITAL TABS 97.2 MG [<i>phenobarbital</i>]	1	MO
<i>propofol emul 200 mg/20ml</i>	1	
[Secobarbital Sodium] SECONAL CAPS 100 MG	2	
<i>temazepam caps 15 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>temazepam caps 30 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>triazolam tabs 0.125 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>triazolam tabs 0.25 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>zolpidem tartrate tabs 10 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>zolpidem tartrate tabs 5 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS		
<i>atracurium besylate soln 50 mg/5ml</i>	1	
<i>dalfampridine er tb12 10 mg</i>	1	MO
<i>memantine hcl tabs 10 mg</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MEMANTINE HCL TABS 28 x 5 MG & 21 X 10 MG [<i>memantine hcl</i>]	1	
<i>memantine hcl tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>riluzole tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>rocuronium bromide soln 50 mg/5ml</i>	1	
SAVELLA TABS 100 MG [<i>milnacipran hcl</i>]	2	MO
SAVELLA TABS 12.5 MG [<i>milnacipran hcl</i>]	2	MO
SAVELLA TABS 25 MG [<i>milnacipran hcl</i>]	2	MO
SAVELLA TABS 50 MG [<i>milnacipran hcl</i>]	2	MO
<i>tetrabenazine tabs 12.5 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>tetrabenazine tabs 25 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>vecuronium bromide solr 10 mg</i>	1	
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
AVONEX KIT 30 MCG [<i>interferon beta-1a</i>]	2	QL - 30 day(s)
AVONEX PEN AJKT 30 MCG/0.5ML [<i>interferon beta-1a</i>]	2	QL - 30 day(s)
AVONEX PREFILLED PSKT 30 MCG/0.5ML [<i>interferon beta-1a</i>]	2	QL - 30 day(s)
DIMETHYL FUMARATE CPDR 120 MG [<i>dimethyl fumarate</i>]	1	MO
DIMETHYL FUMARATE CPDR 240 MG [<i>dimethyl fumarate</i>]	1	MO
EXTAVIA KIT 0.3 MG [<i>interferon beta-1b</i>]	2	QL - 30 day(s)
GILENYA CAPS 0.5 MG [<i>fingolimod hcl</i>]	2	QL - 30 day(s)
[Glatiramer Acetate] GLATOPA SOSY 20 MG/ML	1	QL - 30 day(s)
[Glatiramer Acetate] GLATOPA SOSY 40 MG/ML	1	QL - 30 day(s)
OPIATE ANTAGONISTS		
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl subl 2-0.5 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl subl 8-2 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>naloxone hcl soln 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone hcl sosy 2 mg/2ml</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>naltrexone hcl tabs 50 mg</i>	1	
NARCAN LIQD 4 MG/0.1ML [<i>naloxone hcl</i>]	2	
PSYCHOTHERAPEUTIC AGENTS		
<i>amitriptyline hcl tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>amitriptyline hcl tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>amitriptyline hcl tabs 150 mg</i>	1	MO
<i>amitriptyline hcl tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>amitriptyline hcl tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>amitriptyline hcl tabs 75 mg</i>	1	MO
<i>aripiprazole tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>aripiprazole tabs 15 mg</i>	1	MO
<i>aripiprazole tabs 2 mg</i>	1	MO
<i>aripiprazole tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>aripiprazole tabs 30 mg</i>	1	MO
<i>aripiprazole tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>bupropion hcl er (smoking det) tb12 150 mg</i>	1	PREV
<i>bupropion hcl er (xl) tb24 150 mg</i>	1	MO,PREV
<i>bupropion hcl er (xl) tb24 300 mg</i>	1	MO,PREV
<i>bupropion hcl tabs 75 mg</i>	1	MO
<i>chlorpromazine hcl soln 25 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine hcl tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>chlorpromazine hcl tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>chlorpromazine hcl tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>chlorpromazine hcl tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>citalopram hydrobromide soln 10 mg/5ml</i>	1	MO
<i>citalopram hydrobromide tabs 10 mg</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>citalopram hydrobromide tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>citalopram hydrobromide tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>clomipramine hcl caps 25 mg</i>	1	MO
<i>clomipramine hcl caps 50 mg</i>	1	MO
<i>clomipramine hcl caps 75 mg</i>	1	MO
<i>clozapine tabs 100 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>clozapine tabs 200 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>clozapine tabs 25 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>clozapine tabs 50 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>desipramine hcl tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>desipramine hcl tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>desipramine hcl tabs 150 mg</i>	1	MO
<i>desipramine hcl tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>desipramine hcl tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>desipramine hcl tabs 75 mg</i>	1	MO
<i>doxepin hcl caps 10 mg</i>	1	MO
<i>doxepin hcl caps 100 mg</i>	1	MO
<i>doxepin hcl caps 150 mg</i>	2	MO
<i>doxepin hcl caps 25 mg</i>	1	MO
<i>doxepin hcl caps 50 mg</i>	1	MO
<i>doxepin hcl caps 75 mg</i>	1	MO
<i>doxepin hcl conc 10 mg/ml</i>	1	MO
<i>duloxetine hcl cpep 20 mg</i>	1	MO
<i>duloxetine hcl cpep 30 mg</i>	1	MO
<i>duloxetine hcl cpep 60 mg</i>	1	MO
<i>escitalopram oxalate tabs 10 mg</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>escitalopram oxalate tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>escitalopram oxalate tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>fluoxetine hcl caps 10 mg</i>	1	MO
<i>fluoxetine hcl caps 20 mg</i>	1	MO
<i>fluoxetine hcl soln 20 mg/5ml</i>	1	MO
<i>fluphenazine decanoate soln 25 mg/ml</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl conc 5 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl elix 2.5 mg/5ml</i>	2	MO
<i>fluphenazine hcl tabs 1 mg</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl tabs 2.5 mg</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>fluvoxamine maleate tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>fluvoxamine maleate tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>fluvoxamine maleate tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>haloperidol decanoate soln 100 mg/ml</i>	1	MO
<i>haloperidol decanoate soln 50 mg/ml</i>	1	MO
<i>haloperidol lactate conc 2 mg/ml</i>	1	MO
<i>haloperidol lactate soln 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol tabs 0.5 mg</i>	1	MO
<i>haloperidol tabs 1 mg</i>	1	MO
<i>haloperidol tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>haloperidol tabs 2 mg</i>	1	MO
<i>haloperidol tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>haloperidol tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>imipramine hcl tabs 10 mg</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>imipramine hcl tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>imipramine hcl tabs 50 mg</i>	1	MO
LITHIUM CARBONATE CAPS 150 MG [<i>lithium carbonate</i>]	2	MO
LITHIUM CARBONATE CAPS 300 MG [<i>lithium carbonate</i>]	1	MO
<i>lithium carbonate er tbc 300 mg</i>	1	MO
<i>lithium carbonate er tbc 450 mg</i>	1	MO
LITHIUM CARBONATE TABS 300 MG [<i>lithium carbonate</i>]	1	MO
LITHIUM SOLN 8 MEQ/5ML [<i>lithium</i>]	2	MO
<i>loxapine succinate caps 10 mg</i>	1	MO
<i>loxapine succinate caps 25 mg</i>	1	MO
<i>loxapine succinate caps 5 mg</i>	1	MO
<i>loxapine succinate caps 50 mg</i>	1	MO
<i>mirtazapine tabs 15 mg</i>	1	MO
<i>mirtazapine tabs 30 mg</i>	1	MO
<i>mirtazapine tabs 45 mg</i>	1	MO
<i>mirtazapine tabs 7.5 mg</i>	1	MO
<i>nefazodone hcl tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>nefazodone hcl tabs 150 mg</i>	2	MO
<i>nefazodone hcl tabs 200 mg</i>	2	MO
<i>nefazodone hcl tabs 250 mg</i>	2	MO
<i>nefazodone hcl tabs 50 mg</i>	2	MO
<i>nortriptyline hcl caps 10 mg</i>	1	MO
<i>nortriptyline hcl caps 25 mg</i>	1	MO
<i>nortriptyline hcl caps 50 mg</i>	1	MO
<i>nortriptyline hcl caps 75 mg</i>	1	MO
<i>nortriptyline hcl soln 10 mg/5ml</i>	2	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>olanzapine tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>olanzapine tabs 15 mg</i>	1	MO
<i>olanzapine tabs 2.5 mg</i>	1	MO
<i>olanzapine tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>olanzapine tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>olanzapine tabs 7.5 mg</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl tabs 30 mg</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>perphenazine tabs 16 mg</i>	1	MO
<i>perphenazine tabs 2 mg</i>	1	MO
<i>perphenazine tabs 4 mg</i>	1	MO
<i>perphenazine tabs 8 mg</i>	1	MO
<i>phenelzine sulfate tabs 15 mg</i>	1	MO
<i>pimozide tabs 2 mg</i>	2	MO
<i>prochlorperazine edisylate soln 10 mg/2ml</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate tabs 10 mg</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate tabs 5 mg</i>	1	
<i>quetiapine fumarate tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>quetiapine fumarate tabs 200 mg</i>	1	MO
<i>quetiapine fumarate tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>quetiapine fumarate tabs 300 mg</i>	1	MO
<i>quetiapine fumarate tabs 400 mg</i>	1	MO
<i>quetiapine fumarate tabs 50 mg</i>	1	MO
RISPERIDONE SOLN 1 MG/ML [<i>risperidone</i>]	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RISPERIDONE TABS 0.25 MG <i>[risperidone]</i>	1	MO
RISPERIDONE TABS 0.5 MG <i>[risperidone]</i>	1	MO
<i>risperidone tabs 1 mg</i>	1	MO
RISPERIDONE TABS 2 MG <i>[risperidone]</i>	1	MO
RISPERIDONE TABS 3 MG <i>[risperidone]</i>	1	MO
RISPERIDONE TABS 4 MG <i>[risperidone]</i>	1	MO
<i>sertraline hcl tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>sertraline hcl tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>sertraline hcl tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>thioridazine hcl tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>thioridazine hcl tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>thioridazine hcl tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>thioridazine hcl tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>thiothixene caps 1 mg</i>	1	MO
<i>thiothixene caps 10 mg</i>	1	MO
<i>thiothixene caps 2 mg</i>	1	MO
<i>thiothixene caps 5 mg</i>	1	MO
<i>tranylcypromine sulfate tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>trazodone hcl tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>trazodone hcl tabs 150 mg</i>	1	MO
<i>trazodone hcl tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>trifluoperazine hcl tabs 1 mg</i>	1	MO
<i>trifluoperazine hcl tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>trifluoperazine hcl tabs 2 mg</i>	1	MO
<i>trifluoperazine hcl tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>venlafaxine hcl er cp24 150 mg</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>venlafaxine hcl er cp24 37.5 mg</i>	1	MO
<i>venlafaxine hcl er cp24 75 mg</i>	1	MO
<i>venlafaxine hcl tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>venlafaxine hcl tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>venlafaxine hcl tabs 75 mg</i>	1	MO
<i>ziprasidone hcl caps 20 mg</i>	1	MO
<i>ziprasidone hcl caps 40 mg</i>	1	MO
<i>ziprasidone hcl caps 60 mg</i>	1	MO
<i>ziprasidone hcl caps 80 mg</i>	1	MO
RESPIRATORY AGENTS, MISCELLANEOUS		
CHERATUSSIN AC SYRP 100-10 MG/5ML [<i>guaifenesin-codeine</i>]	1	QL - 30 day(s), AR
<i>hydrocod polst-cpm polst er suer 10-8 mg/5ml</i>	1	QL - 30 day(s), AR
<i>hydrocodone w/ homatropine syrp 5-1.5 mg/5ml</i>	1	QL - 30 day(s), AR
<i>succinylcholine chloride soln 20 mg/ml</i>	1	
DIABETIC SUPPLIES		
DIABETIC SUPPLIES		
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CARE KIT KIT COMPACT [<i>blood glucose monitoring supplies</i>]	2	MO
ACCU-CHEK COMPACT PLUS STRP [<i>glucose blood</i>]	2	MO
ACETEST TAB TABLETS [<i>acetone (urine) test</i>]	2	MO
ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G MISC [<i>lancets</i>]	2	MO
ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G MISC [<i>lancets</i>]	2	MO
ADVOCATE DUO DEVI [<i>blood glucose monitor & blood pressure monitor</i>]	2	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ADVOCATE DUO KIT <i>[blood glucose monitor & blood pressure monitor]</i>	2	MO
ADVOCATE SAFETY LANCETS MISC <i>[lancets]</i>	2	MO
ASSURE HAEMOLANCE PLUS HIGH MISC <i>[lancets]</i>	2	MO
BAYER BREEZE 2 BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT 2 SYSTEM <i>[blood glucose monitoring supplies]</i>	2	MO
BD AUTOSHIELD DUO MISC 30G X 5 MM <i>[insulin pen needle]</i>	2	MO
BD AUTOSHIELD MISC 29G X 5MM <i>[insulin pen needle]</i>	2	MO
BD AUTOSHIELD MISC 29G X 8MM <i>[insulin pen needle]</i>	2	MO
BD DISP NEEDLES MISC 30G X 1/2" <i>[needle (disp) 30 g]</i>	2	
[Insulin Syringe/needle U-100] BD INSULIN SYRINGE MICROFINE IV/U-100/0.3ML/28G X 1/2" MIS 0.3/28G	2	MO
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE MISC 27G X 5/8" 1 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
[Insulin Syringe/needle U-100] BD INSULIN SYRINGE MICROFINE MISC 28G X 1/2" 0.3 ML	2	MO
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE MISC 28G X 1/2" 0.5 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE MISC 28G X 1/2" 1 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
BD INSULIN SYRINGE MISC 25G X 1" 1 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
BD INSULIN SYRINGE MISC 25G X 5/8" 1 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
BD INSULIN SYRINGE MISC 26G X 1/2" 1 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
BD INSULIN SYRINGE MISC U-100 1 ML <i>[insulin syringes (disposable)]</i>	2	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT MISC 31G X 5/16" 0.3 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
BD INSULIN SYRINGE U/F MISC 30G X 1/2" 0.3 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
BD INSULIN SYRINGE U/F MISC 30G X 1/2" 0.5 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
BD INSULIN SYRINGE U/F MISC 30G X 1/2" 1 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
BD INSULIN SYRINGE U/F MISC 31G X 5/16" 0.3 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
BD INSULIN SYRINGE U/F MISC 31G X 5/16" 0.5 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
BD INSULIN SYRINGE U/F MISC 31G X 5/16" 1 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE MISC 29G X 1/2" 0.3 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE MISC 29G X 1/2" 0.5 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
BD PEN NEEDLE NANO U/F MISC 32G X 4 MM <i>[insulin pen needle]</i>	2	MO
BD PEN NEEDLE SHORT U/F MISC 31G X 8 MM <i>[insulin pen needle]</i>	2	MO
BD SAFE CLIP NEEDLE CLIPPER MISC <i>[misc. devices]</i>	2	MO
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT MISC 31G X 15/64" 0.3 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F MISC 31G X 15/64" 0.3 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F MISC 31G X 15/64" 0.5 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F MISC 31G X 15/64" 1 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
BREEZE 2 TEST DISK <i>[glucose blood]</i>	2	MO
CHEMSTRIP 2 STRP <i>[ph test]</i>	2	
CHEMSTRIP K STRP <i>[acetone (urine) test]</i>	2	MO
CHEMSTRIP MICRAL STRP <i>[albumin (urine) test]</i>	2	
CHEMSTRIP UGK STRP <i>[urine glucose-ketones test]</i>	2	MO
CLINITEST TAB CHLD RES <i>[glucose urine test-(copper sulfate)]</i>	2	MO
CONTOUR NEXT CONTROL SOLN LOW <i>[blood glucose calibration]</i>	2	MO
DIASTIX STRP <i>[glucose urine test-(glucose oxidase)]</i>	2	MO
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE MISC 27G X 1/2" 0.5 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
EASY TOUCH PEN NEEDLES MISC 32G X 5 MM <i>[insulin pen needle]</i>	2	MO
FORA D15G 2-IN-1 MONITOR DEVI <i>[blood glucose monitor & blood pressure monitor]</i>	2	MO
FREESTYLE CONTROL SOLUTION LIQD <i>[blood glucose calibration]</i>	2	MO
FREESTYLE PRECISION INS SYR MISC 30G X 5/16" 0.5 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
FREESTYLE PRECISION INS SYR MISC 30G X 5/16" 1 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE MISC 29G X 1/2" 0.3 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP MISC 29G X 12MM <i>[insulin pen needle]</i>	2	MO
INPEN 100-BLUE-LILLY DEVI <i>[injection device for insulin]</i>	2	MO
INSULIN SYRINGE MISC 29G X 1" 0.3 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
INSULIN SYRINGE MISC 29G X 1/2" 0.3 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
INSULIN SYRINGE MISC 29G X 1/2" 0.5 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
INSULIN SYRINGE MISC 29G X 1/2" 1 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
INSULIN SYRINGE MISC 30G X 5/16" 0.3 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
INSULIN SYRINGE MISC 30G X 5/16" 0.5 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
INSULIN SYRINGE MISC 30G X 5/16" 1 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
INSUPEN SENSITIVE MISC 32G X 8 MM <i>[insulin pen needle]</i>	2	MO
LANCING DEVICE MISC <i>[lancet devices]</i>	2	MO
LITETOUCH INSULIN SYRINGE MISC 28G X 1/2" 1 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
LITETOUCH INSULIN SYRINGE MISC 29G X 1/2" 1 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
MEDISENSE HI/MID/LOW CONTROL LIQD <i>[blood glucose calibration]</i>	2	MO
MICRO-BUMINTEST KIT <i>[albumin (urine) test]</i>	2	
MINILINK-REAL-TIME STARTER KIT <i>[insulin infusion pump accessories]</i>	2	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MINIMED RESERVOIR 1.8ML MISC <i>[insulin infusion pump supplies]</i>	2	MO
MONOJECT INSULIN SYRINGE MISC 27G X 1/2" 1 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
MONOJECT INSULIN SYRINGE MISC 29G X 1/2" 1 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
MONOJECT INSULIN SYRINGE MISC U-100 1 ML <i>[insulin syringes (disposable)]</i>	2	MO
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE MISC 28G X 1/2" 0.5 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
NITRATEST PAPER TEST <i>[ph test]</i>	2	
NOVA MAX PLUS GLU/KET CONTROL LIQD <i>[blood glucose calibration]</i>	2	MO
NOVOFINE AUTOCOVER MISC 30G X 8 MM <i>[insulin pen needle]</i>	2	MO
NOVOFINE MISC 30G X 8 MM <i>[insulin pen needle]</i>	2	MO
NOVOTWIST MISC 32G X 5 MM <i>[insulin pen needle]</i>	2	MO
ON CALL EXPRESS GLUCOSE CONTR SOLN <i>[blood glucose calibration]</i>	2	MO
ONETOUCH DELICA LANCETS 30G MISC <i>[lancets]</i>	2	MO
ONETOUCH DELICA LANCETS 33G MISC <i>[lancets]</i>	2	MO
ONETOUCH DELICA LANCING DEV MISC <i>[lancet devices]</i>	2	MO
ONETOUCH FINEPOINT LANCETS MISC <i>[lancets]</i>	2	MO
ONETOUCH ULTRA STRP <i>[glucose blood]</i>	2	MO
ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS MISC <i>[lancets]</i>	2	MO
ONETOUCH VERIO FLEX SYSTEM KIT W/DEVICE <i>[blood glucose monitoring supplies]</i>	2	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ONETOUCH VERIO IQ SYSTEM KIT W/DEVICE <i>[blood glucose monitoring supplies]</i>	2	MO
ONETOUCH VERIO SOLN <i>[blood glucose calibration]</i>	2	MO
ONETOUCH VERIO SOLN HIGH <i>[blood glucose calibration]</i>	2	MO
OPTUMRX GLUCOSE CONTROL SOLN <i>[blood glucose calibration]</i>	2	MO
PEN NEEDLES 5/16" MISC 30G X 8 MM <i>[insulin pen needle]</i>	2	MO
PHARMACIST CHOICE LANCETS MISC <i>[lancets]</i>	2	MO
PRECISION XTRA KETONE STRP <i>[ketone blood test]</i>	2	MO
SAFESNAP INSULIN SYRINGE MISC 28G X 1/2" 1 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
SAFESNAP INSULIN SYRINGE MISC 29G X 1/2" 0.5 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
SAFESNAP INSULIN SYRINGE MISC 29G X 1/2" 1 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
SAFESNAP INSULIN SYRINGE MISC 30G X 5/16" 0.3 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
SAFESNAP INSULIN SYRINGE MISC 30G X 5/16" 0.5 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
SIDEKICK BLOOD GLUCOSE SYSTEM DEVI <i>[blood glucose meter disposable with test strips]</i>	2	MO
STERILANCE TL MISC <i>[lancets]</i>	2	MO
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE MISC 29G X 1/2" 1 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE MISC 30G X 5/16" 0.3 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
SURE COMFORT PEN NEEDLES MISC 31G X 5 MM <i>[insulin pen needle]</i>	2	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
[Insulin Syringe/needle U-100] TERUMO INSULIN SYRINGE MISC 30G X 3/8" 0.3 ML	2	MO
TERUMO INSULIN SYRINGE/1ML/30G X 3/8" MIS 1ML/30G <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
[Insulin Syringe/needle U-100] THINPRO INSULIN SYRINGE MISC 30G X 3/8" 0.5 ML	2	MO
THINPRO INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 3/8" MIS 0.3/31G <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
THINPRO INSULIN SYRINGE/0.5ML/31G X 3/8" MIS 0.5/31G <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
THINPRO INSULIN SYRINGE/1ML/31G X 3/8" MIS 1ML/31G <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
[Insulin Syringe/needle U-100] ULTICARE INSULIN SYRINGE MISC 29G X 1/2" 0.3 ML	2	MO
[Insulin Syringe/needle U-100] ULTIGUARD INSULIN SYRINGE/U-100/0.3ML/30G X 5/16" MIS 0.3/30G	2	MO
[Insulin Syringe/needle U-100] ULTIGUARD INSULIN SYRINGE/U-100/0.5ML/29G X 1/2" MIS 0.5/29G	2	MO
[Insulin Syringe/needle U-100] ULTIGUARD INSULIN SYRINGE/U-100/0.5ML/30G X 5/16" MIS 0.5/30G	2	MO
[Insulin Syringe/needle U-100] ULTIGUARD INSULIN SYRINGE/U-100/1ML/29G X 1/2" MIS 1ML/29G	2	MO
[Insulin Syringe/needle U-100] ULTIGUARD INSULIN SYRINGE/U-100/1ML/30G X 5/16" MIS 1ML/30G	2	MO
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE MISC 30G X 5/16" 0.3 ML <i>[insulin syringe/needle u-100]</i>	2	MO
UNIFINE PENTIPS MISC 29G X 12MM <i>[insulin pen needle]</i>	2	MO
UNIFINE PENTIPS PLUS MISC 29G X 12MM <i>[insulin pen needle]</i>	2	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
UNIFINE PENTIPS PLUS MISC 31G X 6 MM <i>[insulin pen needle]</i>	2	MO
UNISTIK 3 EXTRA MISC <i>[lancets misc.]</i>	2	MO
ELECTROLYTIC, CALORIC, AND WATER BALANCE		
ACIDIFYING AND ALKALINIZING AGENTS		
NEUT SOLN 4 % <i>[sodium bicarbonate]</i>	2	
POTASSIUM CITRATE ER TBCR 10 MEQ (1080 MG) <i>[potassium citrate (alkalinizer)]</i>	1	MO
POTASSIUM CITRATE ER TBCR 5 MEQ (540 MG) <i>[potassium citrate (alkalinizer)]</i>	1	MO
SODIUM ACETATE SOLN 2 MEQ/ML <i>[sodium acetate]</i>	2	
SODIUM BICARBONATE SOLN 4.2 % <i>[sodium bicarbonate]</i>	1	
SODIUM BICARBONATE SOLN 7.5 % <i>[sodium bicarbonate]</i>	2	
AMMONIA DETOXICANTS		
<i>lactulose (encephalopathy) soln 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>lactulose soln 10 gm/15ml</i>	1	MO
CALORIC AGENTS		
[Amino Acid Infusion] CLINISOL SF SOLN 15 %	1	
DEXTROSE SOLN 10 % <i>[dextrose]</i>	1	
DEXTROSE SOLN 5 % <i>[dextrose]</i>	1	
NUTRILIPID EMUL 20 % <i>[fat emulsion plant based]</i>	2	
PROSOL SOLN 20 % <i>[amino acid infusion]</i>	2	
TRAVASOL SOLN 10 % <i>[amino acid infusion]</i>	2	
TROPHAMINE SOLN 10 % <i>[amino acid infusion]</i>	2	
DIURETICS		
<i>amiloride hcl tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide tabs 5-50 mg</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bumetanide tabs 0.5 mg</i>	1	MO
<i>bumetanide tabs 1 mg</i>	1	MO
<i>bumetanide tabs 2 mg</i>	1	MO
<i>chlorothiazide tabs 250 mg</i>	2	MO
<i>chlorothiazide tabs 500 mg</i>	2	MO
<i>chlorthalidone tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>chlorthalidone tabs 50 mg</i>	1	MO
DYRENIUM CAPS 100 MG [<i>triamterene</i>]	2	MO
DYRENIUM CAPS 50 MG [<i>triamterene</i>]	2	MO
<i>ethacrynate sodium solr 50 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>furosemide soln 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide soln 10 mg/ml</i>	1	MO
<i>furosemide tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>furosemide tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>furosemide tabs 80 mg</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide caps 12.5 mg</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide tabs 12.5 mg</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>metolazone tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>metolazone tabs 2.5 mg</i>	1	MO
<i>metolazone tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>torseamide tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>torseamide tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>torseamide tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>torseamide tabs 5 mg</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triamterene-hctz caps 37.5-25 mg</i>	1	MO
<i>triamterene-hctz tabs 37.5-25 mg</i>	1	MO
<i>triamterene-hctz tabs 75-50 mg</i>	1	MO
ION-REMOVING AGENTS		
[Sodium Polystyrene Sulfonate] KIONEX SUSP 15 GM/60ML	1	
LOKELMA PACK 10 GM [<i>sodium zirconium cyclosilicate</i>]	2	QL - 30 day(s)
LOKELMA PACK 5 GM [<i>sodium zirconium cyclosilicate</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>sevelamer carbonate pack 2.4 gm</i>	1	MO
<i>sevelamer carbonate tabs 800 mg</i>	1	MO
[Sodium Polystyrene Sulfonate] SPS SUSP 15 GM/60ML	2	
IRRIGATING SOLUTIONS		
LACTATED RINGERS SOLN [<i>lactated ringer's (irrigation)</i>]	1	
RINGERS IRRIGATION SOLN [<i>ringer's irrigation</i>]	1	
SODIUM CHLORIDE FLUSH SOLN 0.9 % [<i>sodium chloride flush</i>]	1	
SODIUM CHLORIDE SOLN 0.9 % [<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>]	1	
STERILE WATER FOR IRRIGATION SOLN [<i>water for irrigation, sterile</i>]	1	
REPLACEMENT PREPARATIONS		
ADDAMEL N SOLN [<i>trace minerals (cr-cu-f-fe-i-mn-mo-se-zn)</i>]	2	
BACTERIOSTATIC WATER(BENZ ALC) SOLN [<i>water for inject, bacteriostatic benzyl alcohol</i>]	2	
<i>calcium acetate (phos binder) caps 667 mg</i>	1	MO
<i>calcium acetate (phos binder) tabs 667 mg</i>	1	MO
CALCIUM CHLORIDE SOLN 10 % [<i>calcium chloride (dihydrate)</i>]	1	
CALCIUM GLUCONATE SOLN 10 % [<i>calcium gluconate</i>]	2	
CAROSPIR SUSP 25 MG/5ML [<i>spironolactone</i>]	2	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CHROMIC CHLORIDE SOLN 40 MCG/10ML [<i>chromic chloride</i>]	2	
CUPRIC CHLORIDE SOLN 0.4 MG/ML [<i>cupric chloride</i>]	2	
DEXTROSE IN LACTATED RINGERS SOLN 5 % [<i>dextrose in lactated ringers</i>]	1	
DEXTROSE-NACL SOLN 5-0.2 % [<i>dextrose w/ sodium chloride</i>]	1	
DEXTROSE-NACL SOLN 5-0.45 % [<i>dextrose w/ sodium chloride</i>]	1	
DEXTROSE-NACL SOLN 5-0.9 % [<i>dextrose w/ sodium chloride</i>]	1	
K-PHOS TABS 500 MG [<i>potassium phosphate monobasic</i>]	2	
K-TAB TBCR 10 MEQ [<i>potassium chloride</i>]	2	MO
KCL IN DEXTROSE-NACL SOLN 10-5-0.45 MEQ/L-%-% [<i>potassium chloride in dextrose & sodium chloride</i>]	1	
KCL IN DEXTROSE-NACL SOLN 20-5-0.45 MEQ/L-%-% [<i>potassium chloride in dextrose & sodium chloride</i>]	1	
KCL IN DEXTROSE-NACL SOLN 40-5-0.45 MEQ/L-%-% [<i>potassium chloride in dextrose & sodium chloride</i>]	1	
[Potassium Chloride Microencapsulated Crystals Er] KLOR-CON M20 TBCR 20 MEQ	1	MO
LACTATED RINGERS SOLN [<i>lactated ringer's</i>]	2	
MANGANESE CHLORIDE SOLN 0.1 MG/ML [<i>manganese chloride</i>]	2	
MANGANESE SULFATE SOLN 0.1 MG/ML [<i>manganese sulfate</i>]	2	
POTASSIUM ACETATE SOLN 2 MEQ/ML [<i>potassium acetate</i>]	1	
<i>potassium chloride crys er tbc 10 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride er cpcr 10 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride er cpcr 8 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride er tbc 20 meq</i>	1	MO
POTASSIUM CHLORIDE ER TBCR 8 MEQ [<i>potassium chloride</i>]	1	MO
<i>potassium chloride soln 2 meq/ml</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
POTASSIUM PHOSPHATES SOLN 45 MMOLE/15ML [<i>potassium phosphates</i>]	1	
RINGERS SOLN [<i>ringer's</i>]	1	
SELENIUM SOLN 40 MCG/ML [<i>selenious acid</i>]	2	
SODIUM BICARBONATE SOLN 8.4 % [<i>sodium bicarbonate</i>]	1	
SODIUM CHLORIDE (PF) SOLN 0.9 % [<i>sodium chloride</i>]	1	
SODIUM CHLORIDE BACTERIOSTATIC SOLN 0.9 % [<i>bacteriostatic sodium chloride</i>]	1	
SODIUM CHLORIDE SOLN 0.45 % [<i>sodium chloride</i>]	1	
SODIUM CHLORIDE SOLN 0.9 % [<i>sodium chloride</i>]	1	
SODIUM CHLORIDE SOLN 4 MEQ/ML [<i>sodium chloride</i>]	1	
SODIUM PHOSPHATES SOLN 45 MMOLE/15ML [<i>sodium phosphates (sodium phosphate dibasic & monobasic)</i>]	1	
SSKI SOLN 1 GM/ML [<i>potassium iodide (expectorant)</i>]	2	
STERILE WATER FOR INJECTION SOLN [<i>water for injection, sterile</i>]	1	
ZINC CHLORIDE SOLN 1 MG/ML [<i>zinc chloride</i>]	2	
ZINC SULFATE CAPS 50 MG [<i>zinc sulfate</i>]	2	
ZINC SULFATE SOLN 1 MG/ML [<i>zinc sulfate</i>]	2	
ZINC SULFATE SOLN 5 MG/ML [<i>zinc sulfate</i>]	2	
URICOSURIC AGENTS		
<i>probenecid tabs 500 mg</i>	1	MO
ENZYMES		
ENZYMES		
ADAGEN SOLN 250 UNIT/ML [<i>pegademase bovine</i>]	2	QL - 30 day(s), LD
CEREZYME SOLR 400 UNIT [<i>imiglucerase</i>]	2	QL - 30 day(s)

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CREON CPEP 12000-38000 UNIT [<i>pancrelipase (lipase-protease-amylase)</i>]	2	MO
CREON CPEP 24000-76000 UNIT [<i>pancrelipase (lipase-protease-amylase)</i>]	2	MO
CREON CPEP 3000-9500 UNIT [<i>pancrelipase (lipase-protease-amylase)</i>]	2	MO
CREON CPEP 36000-114000 UNIT [<i>pancrelipase (lipase-protease-amylase)</i>]	2	MO
CREON CPEP 6000-19000 UNIT [<i>pancrelipase (lipase-protease-amylase)</i>]	2	MO
VPRIV SOLR 400 UNIT [<i>velaglucerase alfa</i>]	2	QL - 30 day(s)
ZENPEP CPEP 25000-79000 UNIT [<i>pancrelipase (lipase-protease-amylase)</i>]	2	MO
ZENPEP CPEP 40000-126000 UNIT [<i>pancrelipase (lipase-protease-amylase)</i>]	2	MO
EYE, EAR, NOSE, AND THROAT (EENT) PREPARATIONS		
ANTI-INFECTIVES		
<i>bacitracin oint 500 unit/gm</i>	2	
<i>bacitracin-polymyxin b oint 500-10000 unit/gm</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate soln 0.12 %</i>	1	
CILOXAN OINT 0.3 % [<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>]	2	
<i>ciprofloxacin hcl soln 0.3 %</i>	1	
<i>erythromycin oint 5 mg/gm</i>	1	
<i>gatifloxacin soln 0.5 %</i>	1	
[Gentamicin Sulfate (ophth)] GENTAK OINT 0.3 %	2	
<i>gentamicin sulfate soln 0.3 %</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl soln 0.5 %</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ofloxacin soln 0.3 %</i>	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim soln 10000-0.1 unit/ml-%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium soln 10 %</i>	1	
<i>tobramycin soln 0.3 %</i>	1	
TOBREX OINT 0.3 % [<i>tobramycin (ophth)</i>]	2	
<i>trifluridine soln 1 %</i>	2	
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
[Sulfacetamide Sod-prednisolone] BLEPHAMIDE S.O.P. OINT 10-0.2 %	2	
BLEPHAMIDE SUSP 10-0.2 % [<i>sulfacetamide sod-prednisolone</i>]	2	
CEQUA SOLN 0.09 % [<i>cyclosporine (ophth)</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>ciprofloxacin-dexamethasone susp 0.3-0.1 %</i>	1	
COLY-MYCIN S SUSP 3.3-3-10-0.5 MG/ML [<i>neomycin-colistin-hc- thonzonium</i>]	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate soln 0.1 %</i>	2	MO
<i>diclofenac sodium soln 0.1 %</i>	1	
<i>fluorometholone susp 0.1 %</i>	1	MO
<i>flurbiprofen sodium soln 0.03 %</i>	2	
FML FORTE SUSP 0.25 % [<i>fluorometholone (ophth)</i>]	2	MO
FML OINT 0.1 % [<i>fluorometholone (ophth)</i>]	2	MO
HYDROCORTISONE-ACETIC ACID SOLN 1-2 % [<i>hydrocortisone w/acetic acid</i>]	1	
<i>ketorolac tromethamine soln 0.5 %</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth oint 3.5-10000-0.1</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth susp 3.5-10000-0.1</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc soln 1 %</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>neomycin-polymyxin-hc susp 3.5-10000-1</i>	1, 2	
PRED MILD SUSP 0.12 % [<i>prednisolone acetate (ophth)</i>]	2	MO
PRED-G S.O.P. OINT 0.3-0.6 % [<i>gentamicin-prednisolone acetate</i>]	2	
PRED-G SUSP 0.3-1 % [<i>gentamicin-prednisolone acetate</i>]	2	
<i>prednisolone acetate susp 1 %</i>	2	MO
<i>prednisolone sodium phosphate soln 1 %</i>	2	MO
<i>sulfacetamide-prednisolone soln 10-0.23 %</i>	2	
ANTIALLERGIC AGENTS		
<i>azelastine hcl soln 0.1 %</i>	1	MO
<i>cromolyn sodium soln 4 %</i>	1	MO
ANTIGLAUCOMA AGENTS		
<i>levobunolol hcl soln 0.5 %</i>	1	MO
<i>methazolamide tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>methazolamide tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>pilocarpine hcl soln 1 %</i>	1	MO
<i>pilocarpine hcl soln 2 %</i>	1	MO
<i>pilocarpine hcl soln 4 %</i>	1	MO
<i>timolol maleate soln 0.25 %</i>	1	MO
<i>timolol maleate soln 0.5 %</i>	1	MO
EENT DRUGS, MISCELLANEOUS		
<i>acetazolamide er cp12 500 mg</i>	1	MO
<i>acetazolamide tabs 125 mg</i>	1	MO
<i>acetazolamide tabs 250 mg</i>	1	MO
<i>acetic acid soln 2 %</i>	1	MO
<i>acetic acid-aluminum acetate soln 2 %</i>	2	
ALTAFLUOR BENOX SOLN 0.25-0.4 % [<i>fluorescein w/ benoxinate</i>]	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ophthalmic irrigation solution - intraocular soln</i>	1	
<i>betaxolol hcl soln 0.5 %</i>	1	MO
BIO GLO STRP 1 MG [<i>fluorescein sodium topical</i>]	1	
<i>brimonidine tartrate soln 0.2 %</i>	1	MO
<i>dorzolamide hcl soln 2 %</i>	1	MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal soln 22.3-6.8 mg/ml</i>	1	MO
EYLEA SOLN 2 MG/0.05ML [<i>aflibercept</i>]	2	MO
FLUCAINE SOLN 0.25-0.5 % [<i>fluorescein w/ proparacaine</i>]	1	
HEALON GV SOLN 14 MG/ML [<i>sodium hyaluronate</i>]	2	
LACRISERT INST 5 MG [<i>artificial tear insert</i>]	2	MO
<i>latanoprost soln 0.005 %</i>	1	MO
LUCENTIS SOLN 0.5 MG/0.05ML [<i>ranibizumab</i>]	2	MO
PHOSPHOLINE IODIDE SOLR 0.125 % [<i>echothiophate iodide</i>]	2	MO
LOCAL ANESTHETICS		
C-TOPICAL SOLN 4 % [<i>cocaine hcl</i>]	2	
COCAINE HCL SOLN 10 % [<i>cocaine hcl</i>]	2	
<i>lidocaine viscous hcl soln 2 %</i>	1	MO
<i>proparacaine hcl soln 0.5 %</i>	1	
PROVISC SOLN 10 MG/ML [<i>sodium hyaluronate</i>]	2	
TETRACAINE HCL SOLN 0.5 % [<i>tetracaine hcl (ophth)</i>]	1	
MYDRIATICS		
ATROPINE SULFATE OINT 1 % [<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>]	1	MO
ATROPINE SULFATE SOLN 1 % [<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>]	2	MO
[Cyclopentolate Hcl] CYCLOGYL SOLN 0.5 %	2	
[Cyclopentolate Hcl] CYCLOGYL SOLN 2 %	2	
[Cyclopentolate W/ Phenylephrine] CYCLOMYDRIL SOLN 0.2-1 %	2	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cyclopentolate hcl soln 0.5 %</i>	1	
<i>cyclopentolate hcl soln 1 %</i>	1	
<i>cyclopentolate hcl soln 2 %</i>	1	
HOMATROPINE HBR SOLN 5 % [<i>homatropine hbr</i>]	1	MO
<i>tropicamide soln 0.5 %</i>	1	
<i>tropicamide soln 1 %</i>	1	
VASOCONSTRICTORS		
ADRENALIN SOLN 0.1 % [<i>epinephrine hcl (nasal)</i>]	2	
PHENYLEPHRINE HCL SOLN 10 % [<i>phenylephrine hcl (mydriatic)</i>]	1	
PHENYLEPHRINE HCL SOLN 2.5 % [<i>phenylephrine hcl (mydriatic)</i>]	1	
GASTROINTESTINAL DRUGS		
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
<i>balsalazide disodium caps 750 mg</i>	1	MO
LIALDA TBEC 1.2 GM [<i>mesalamine</i>]	2	MO
<i>mesalamine enem 4 gm</i>	1	MO
MESALAMINE SUPP 1000 MG [<i>mesalamine</i>]	1	MO
PENTASA CPCR 250 MG [<i>mesalamine</i>]	2	MO
PENTASA CPCR 500 MG [<i>mesalamine</i>]	2	MO
ANTIEMETICS		
AKYNZEO CAPS 300-0.5 MG [<i>netupitant-palonosetron</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>dimenhydrinate soln 50 mg/ml</i>	2	
<i>dronabinol caps 10 mg</i>	1	
<i>dronabinol caps 2.5 mg</i>	1	
<i>dronabinol caps 5 mg</i>	1	
<i>fosaprepitant dimeglumine solr 150 mg</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ondansetron hcl soln 4 mg/2ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl soln 4 mg/5ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl soln 40 mg/20ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl tabs 4 mg</i>	1	
<i>ondansetron hcl tabs 8 mg</i>	1	
<i>ondansetron tbdp 4 mg</i>	1	
<i>ondansetron tbdp 8 mg</i>	1	
<i>prochlorperazine supp 25 mg</i>	1	
<i>scopolamine pt72 1 mg/3days</i>	1	
TRANSDERM-SCOP (1.5 MG) PT72 1 MG/3DAYS [<i>scopolamine</i>]	2	
ANTIULCER AGENTS AND ACID SUPPRESSANTS		
<i>cimetidine hcl soln 300 mg/5ml</i>	2	MO
<i>famotidine premixed soln 20-0.9 mg/50ml-%</i>	2	
<i>famotidine soln 20 mg/2ml</i>	1	
<i>famotidine soln 40 mg/4ml</i>	1	
<i>famotidine susr 40 mg/5ml</i>	1	MO
<i>misoprostol tabs 100 mcg</i>	1	MO
<i>misoprostol tabs 200 mcg</i>	1	MO
<i>nizatidine soln 15 mg/ml</i>	2	MO
<i>omeprazole cpdr 10 mg</i>	1	MO
<i>omeprazole cpdr 20 mg</i>	1	MO
<i>omeprazole cpdr 40 mg</i>	1	MO
<i>pantoprazole sodium tbec 20 mg</i>	1	MO
<i>pantoprazole sodium tbec 40 mg</i>	1	MO
<i>ranitidine hcl soln 150 mg/6ml</i>	1	
<i>ranitidine hcl syrp 15 mg/ml</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sucralfate tabs 1 gm</i>	1	MO
CATHARTICS AND LAXATIVES		
[Peg 3350-kcl-sod Bicarb-sod Chloride-sod Sulfate] GAVILYTE-C SOLR 240 GM	2	PREV
[Peg 3350-kcl-sod Bicarb-sod Chloride-sod Sulfate] GAVILYTE-G SOLR 236 GM	1	PREV
GOLYTELY SOLR 236 GM [<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate</i>]	2	PREV
<i>lubiprostone caps 24 mcg</i>	2	MO
<i>lubiprostone caps 8 mcg</i>	2	MO
DIGESTANTS		
ZENPEP CPEP 10000-32000 UNIT [<i>pancrelipase (lipase-protease-amylase)</i>]	2	MO
ZENPEP CPEP 15000-47000 UNIT [<i>pancrelipase (lipase-protease-amylase)</i>]	2	MO
ZENPEP CPEP 20000-63000 UNIT [<i>pancrelipase (lipase-protease-amylase)</i>]	2	MO
ZENPEP CPEP 5000-24000 UNIT [<i>pancrelipase (lipase-protease-amylase)</i>]	2	MO
GI DRUGS, MISCELLANEOUS		
CHLORDIAZEPOXIDE-CLIDINIUM CAPS 5-2.5 MG [<i>chlordiazepoxide hcl-clidinium bromide</i>]	1	QL - 30 day(s)
<i>diphenoxylate-atropine liqd 2.5-0.025 mg/5ml</i>	2	
<i>diphenoxylate-atropine tabs 2.5-0.025 mg</i>	1	
LINZESS CAPS 145 MCG [<i>linaclotide</i>]	2	MO
LINZESS CAPS 290 MCG [<i>linaclotide</i>]	2	MO
LINZESS CAPS 72 MCG [<i>linaclotide</i>]	2	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metoclopramide hcl soln 10 mg/10ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl soln 5 mg/ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl tabs 10 mg</i>	1	
<i>metoclopramide hcl tabs 5 mg</i>	1	
PAREGORIC TINC 2 MG/5ML [<i>paregoric</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>ursodiol tabs 250 mg</i>	1	MO
<i>ursodiol tabs 500 mg</i>	1	MO
GOLD COMPOUNDS		
GOLD COMPOUNDS		
RIDAURA CAPS 3 MG [<i>auranofin</i>]	2	MO
HEAVY METAL ANTAGONISTS		
HEAVY METAL ANTAGONISTS		
BAL IN OIL SOLN 100 MG/ML [<i>dimercaprol</i>]	2	QL - 30 day(s)
CHEMET CAPS 100 MG [<i>succimer</i>]	2	
<i>deferasirox tabs 360 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>deferasirox tabs 90 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>deferoxamine mesylate solr 500 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
DEPEN TITRATABS TABS 250 MG [<i>penicillamine</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>flumazenil soln 0.5 mg/5ml</i>	1	
JADENU SPRINKLE PACK 180 MG [<i>deferasirox</i>]	2	QL - 30 day(s)
JADENU SPRINKLE PACK 360 MG [<i>deferasirox</i>]	2	QL - 30 day(s)
JADENU SPRINKLE PACK 90 MG [<i>deferasirox</i>]	2	QL - 30 day(s)
JADENU TABS 180 MG [<i>deferasirox</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>methylene blue inj 1%</i>	1	
METHYLENE BLUE SOLN 1 % [<i>methylene blue (antidote)</i>]	2	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PHYSOSTIGMINE SALICYLATE SOLN 1 MG/ML [<i>physostigmine salicylate</i>]	2	
SODIUM THIOSULFATE SOLN 25 % [<i>sodium thiosulfate</i>]	2	
HORMONES AND SYNTHETIC SUBSTITUTES		
ADRENALS		
ARISTOSPAN INTRA-ARTICULAR INJ 20MG/ML [<i>triamcinolone hexacetonide</i>]	2	
ARISTOSPAN INTRALESIONAL INJ 5MG/ML [<i>triamcinolone hexacetonide</i>]	2	
<i>betamethasone sod phos & acet susp 6 (3-3) mg/ml</i>	1	
<i>budesonide cpep 3 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>cortisone acetate tabs 25 mg</i>	2	
DEPO-MEDROL SUSP 20 MG/ML [<i>methylprednisolone acetate</i>]	2	
DEPO-MEDROL SUSP 80 MG/ML [<i>methylprednisolone acetate</i>]	2	
<i>dexamethasone elix 0.5 mg/5ml</i>	1	
[Dexamethasone] DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1 MG/ML	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate soln 10 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate soln 20 mg/5ml</i>	1	
<i>dexamethasone tabs 0.5 mg</i>	1	
<i>dexamethasone tabs 0.75 mg</i>	1	
<i>dexamethasone tabs 1 mg</i>	2	
<i>dexamethasone tabs 1.5 mg</i>	1	
<i>dexamethasone tabs 2 mg</i>	2	
<i>dexamethasone tabs 4 mg</i>	1	
<i>dexamethasone tabs 6 mg</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate tabs 0.1 mg</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocortisone tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>hydrocortisone tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>hydrocortisone tabs 5 mg</i>	1	MO
KENALOG SUSP 10 MG/ML [<i>triamcinolone acetanide</i>]	2	
MEDROL TABS 2 MG [<i>methylprednisolone</i>]	2	
<i>methylprednisolone acetate susp 40 mg/ml</i>	1	
<i>methylprednisolone acetate susp 80 mg/ml</i>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ solr 1000 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ solr 125 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ solr 40 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone tabs 16 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone tabs 4 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone tbpk 4 mg</i>	1	
[Prednisolone] MILLIPRED TABS 5 MG	2	
<i>prednisolone sodium phosphate soln 15 mg/5ml</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate soln 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	1	
<i>prednisolone soln 15 mg/5ml</i>	2	
<i>prednisone soln 5 mg/5ml</i>	2	MO
<i>prednisone tabs 1 mg</i>	1	MO
<i>prednisone tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>prednisone tabs 2.5 mg</i>	1	MO
<i>prednisone tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>prednisone tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>prednisone tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>prednisone tbpk 5 mg (21)</i>	1	MO
SOLU-CORTEF SOLR 100 MG [<i>hydrocortisone sod succinate</i>]	2	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SOLU-CORTEF SOLR 1000 MG [<i>hydrocortisone sod succinate</i>]	2	
SOLU-CORTEF SOLR 250 MG [<i>hydrocortisone sod succinate</i>]	2	
SOLU-CORTEF SOLR 500 MG [<i>hydrocortisone sod succinate</i>]	2	
SOLU-MEDROL SOLR 1000 MG [<i>methylprednisolone sod succ</i>]	2	
SOLU-MEDROL SOLR 125 MG [<i>methylprednisolone sod succ</i>]	2	
SOLU-MEDROL SOLR 2 GM [<i>methylprednisolone sod succ</i>]	2	
SOLU-MEDROL SOLR 40 MG [<i>methylprednisolone sod succ</i>]	2	
SOLU-MEDROL SOLR 500 MG [<i>methylprednisolone sod succ</i>]	2	
<i>triamcinolone acetonide susp 40 mg/ml</i>	1	
ANDROGENS		
ANADROL-50 TABS 50 MG [<i>oxymetholone</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>danazol caps 100 mg</i>	1	MO
<i>danazol caps 200 mg</i>	1	MO
<i>danazol caps 50 mg</i>	1	MO
[Testosterone Cypionate] DEPO-TESTOSTERONE SOLN 100 MG/ML	2	QL - 30 day(s)
[Testosterone Cypionate] DEPO-TESTOSTERONE SOLN 200 MG/ML	2	QL - 30 day(s)
<i>methyltestosterone tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>methyltestosterone caps 10 mg</i>	2	MO
<i>testosterone cypionate soln 100 mg/ml</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>testosterone cypionate soln 200 mg/ml</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>testosterone gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	1	QL - 30 day(s)
TESTOSTERONE PROPIONATE POWD [<i>testosterone propionate (bulk)</i>]	2	QL - 30 day(s)
CONTRACEPTIVES		
[Desogestrel & Ethinyl Estradiol] APRI TABS 0.15-30 MG-MCG	1	MO,PREV

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
[Norethindrone-eth Estradiol (triphasic)] ARANELLE TABS 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	1	MO,PREV
[Levonorgestrel & Eth Estradiol] AVIANE TABS 0.1-20 MG-MCG	1	MO,PREV
ELLA TABS 30 MG <i>[ulipristal acetate]</i>	2	PREV
ethynodiol diac-eth estradiol tabs 1-50 mg-mcg	1	MO,PREV
etonogestrel-ethinyl estradiol ring 0.12-0.015 mg/24hr	1	MO,PREV
[Norethindrone Acet & Eth Estra] JUNEL 1.5/30 TABS 1.5-30 MG-MCG	1	MO,PREV
[Norethindrone Acet & Eth Estra] JUNEL 1/20 TABS 1-20 MG-MCG	1	MO,PREV
[Norethin Acet & Estrad-fe] JUNEL FE 1.5/30 TABS 1.5-30 MG-MCG	1	MO,PREV
[Norethin Acet & Estrad-fe] JUNEL FE 1/20 TABS 1-20 MG-MCG	1	MO,PREV
[Ethinodiol Diacet & Eth Estrad] KELNOR 1/35 TABS 1-35 MG-MCG	1	MO,PREV
[Norethindrone & Eth Estradiol] NECON 0.5/35 (28) TABS 0.5-35 MG-MCG	1	MO,PREV
NECON 1/50 (28) TABS 1-50 MG-MCG <i>[norethindrone & mestranol]</i>	2	MO,PREV
[Norethindrone (contraceptive)] NORA-BE TABS 0.35 MG	1	MO,PREV
[Norethindrone & Eth Estradiol] NORTREL 1/35 (21) TABS 1-35 MG-MCG	1	MO,PREV
[Norethindrone & Eth Estradiol] NORTREL 1/35 (28) TABS 1-35 MG-MCG	1	MO,PREV
[Norethindrone-eth Estradiol (triphasic)] NORTREL 7/7/7 TABS 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	1	MO,PREV
[Levonorgestrel & Eth Estradiol] PORTIA-28 TABS 0.15-30 MG-MCG	1	MO,PREV
[Norgestimate-ethinyl Estradiol] SPRINTTEC 28 TABS 0.25-35 MG-MCG	1	MO,PREV

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
[Norgestimate-ethinyl Estradiol (triphasic)] TRI-LO-SPRINTEC TABS 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	1	MO,PREV
[Norgestimate-ethinyl Estradiol (triphasic)] TRI-SPRINTEC TABS 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	1	MO,PREV
[Levonorgestrel-eth Estradiol (triphasic)] TRIVORA (28) TABS 50-30/75-40/ 125-30 MCG	1	MO,PREV
DIABETIC AGENTS		
acarbose tabs 100 mg	1	MO
acarbose tabs 25 mg	1	MO
acarbose tabs 50 mg	1	MO
BAQSIMI ONE PACK POWD 3 MG/DOSE [glucagon]	2	
glimepiride tabs 1 mg	1	MO
glimepiride tabs 2 mg	1	MO
glimepiride tabs 4 mg	1	MO
glipizide tabs 10 mg	1	MO
glipizide tabs 5 mg	1	MO
glucagon emergency kit 1 mg	1	
glyburide tabs 1.25 mg	1	MO
glyburide tabs 2.5 mg	1	MO
glyburide tabs 5 mg	1	MO
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML [insulin lispro]	2	MO
HUMALOG KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML [insulin lispro]	2	MO
HUMALOG SOCT 100 UNIT/ML [insulin lispro]	2	MO
HUMALOG SOLN 100 UNIT/ML [insulin lispro]	2	MO
HUMULIN 70/30 SUSP (70-30) 100 UNIT/ML [insulin nph isophane & reg (human)]	2	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMULIN N KWIKPEN SUPN 100 UNIT/ML [<i>insulin nph (human) (isophane)</i>]	2	MO
HUMULIN N SUSP 100 UNIT/ML [<i>insulin nph (human) (isophane)</i>]	2	MO
HUMULIN R SOLN 100 UNIT/ML [<i>insulin regular (human)</i>]	2	MO
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SOLN 500 UNIT/ML [<i>insulin regular (human)</i>]	2	MO
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500 UNIT/ML [<i>insulin regular (human)</i>]	2	MO
JARDIANCE TABS 10 MG [<i>empagliflozin</i>]	2	MO
JARDIANCE TABS 25 MG [<i>empagliflozin</i>]	2	MO
LANTUS SOLN 100 UNIT/ML [<i>insulin glargine</i>]	2	MO
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100 UNIT/ML [<i>insulin glargine</i>]	2	MO
<i>metformin hcl er tb24 500 mg</i>	1	MO
<i>metformin hcl er tb24 750 mg</i>	1	MO
<i>metformin hcl tabs 1000 mg</i>	1	MO
<i>metformin hcl tabs 500 mg</i>	1	MO
<i>metformin hcl tabs 850 mg</i>	1	MO
<i>pioglitazone hcl tabs 15 mg</i>	1	MO
<i>pioglitazone hcl tabs 30 mg</i>	1	MO
<i>pioglitazone hcl tabs 45 mg</i>	1	MO
RIOMET SOLN 500 MG/5ML [<i>metformin hcl</i>]	2	MO
<i>tolbutamide tabs 500 mg</i>	2	MO
ESTROGENS AND ANTIESTROGENS		
CLIMARA PTWK 0.025 MG/24HR [<i>estradiol</i>]	2	MO
CLIMARA PTWK 0.0375 MG/24HR [<i>estradiol</i>]	2	MO
CLIMARA PTWK 0.05 MG/24HR [<i>estradiol</i>]	2	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CLIMARA PTWK 0.06 MG/24HR [<i>estradiol</i>]	2	MO
CLIMARA PTWK 0.075 MG/24HR [<i>estradiol</i>]	2	MO
CLIMARA PTWK 0.1 MG/24HR [<i>estradiol</i>]	2	MO
[Estradiol Cypionate] DEPO-ESTRADIOL OIL 5 MG/ML	2	
EEMT HS TABS 0.625-1.25 MG [<i>esterified estrogens & methyltestosterone</i>]	1	MO
EEMT TABS 1.25-2.5 MG [<i>esterified estrogens & methyltestosterone</i>]	1	MO
[Estradiol Vaginal] ESTRACE CREA 0.1 MG/GM	2	MO
<i>estradiol crea 0.1 mg/gm</i>	1	MO
<i>estradiol ptwk 0.025 mg/24hr</i>	1	MO
<i>estradiol ptwk 0.0375 mg/24hr</i>	1	MO
<i>estradiol ptwk 0.05 mg/24hr</i>	1	MO
<i>estradiol ptwk 0.06 mg/24hr</i>	1	MO
<i>estradiol ptwk 0.075 mg/24hr</i>	1	MO
<i>estradiol ptwk 0.1 mg/24hr</i>	1	MO
<i>estradiol tabs 0.5 mg</i>	1	MO
<i>estradiol tabs 1 mg</i>	1	MO
<i>estradiol tabs 2 mg</i>	1	MO
<i>estradiol valerate oil 20 mg/ml</i>	1	
<i>estradiol valerate oil 40 mg/ml</i>	1	
<i>estropipate tabs 0.75 mg</i>	2	MO
<i>estropipate tabs 1.5 mg</i>	2	MO
<i>estropipate tabs 3 mg</i>	2	MO
OSPHENA TABS 60 MG [<i>ospemifene</i>]	2	QL - 30 day(s), RB

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREMARIN SOLR 25 MG <i>[estrogens, conjugated]</i>	2	
<i>raloxifene hcl tabs 60 mg</i>	1	MO
GONADOTROPINS		
BRAVELLE SOLR 75 UNIT <i>[urofollitropin purified]</i>	2	QL - 30 day(s), RB
<i>clomiphene citrate tabs 50 mg</i>	2	RB
GONAL-F RFF REDIJECT SOLN 300 UNIT/0.5ML <i>[follitropin alfa]</i>	2	QL - 30 day(s)
GONAL-F RFF REDIJECT SOLN 450 UNT/0.75ML <i>[follitropin alfa]</i>	2	QL - 30 day(s)
GONAL-F RFF REDIJECT SOLN 900 UNIT/1.5ML <i>[follitropin alfa]</i>	2	QL - 30 day(s)
GONAL-F RFF SOLR 75 UNIT <i>[follitropin alfa]</i>	2	QL - 30 day(s)
GONAL-F SOLR 1050 UNIT <i>[follitropin alfa]</i>	2	QL - 30 day(s)
GONAL-F SOLR 450 UNIT <i>[follitropin alfa]</i>	2	QL - 30 day(s)
MENOPUR SOLR 75 UNIT <i>[menotropins]</i>	2	QL - 30 day(s), RB
ORLISSA TABS 150 MG <i>[elagolix sodium]</i>	2	QL - 30 day(s)
ORLISSA TABS 200 MG <i>[elagolix sodium]</i>	2	QL - 30 day(s)
PREGNYL SOLR 10000 UNIT <i>[chorionic gonadotropin]</i>	2	QL - 30 day(s), RB
SYNAREL SOLN 2 MG/ML <i>[nafarelin acetate]</i>	2	
PARATHYROID		
<i>calcitonin (salmon) soln 200 unit/act</i>	1	MO
PITUITARY		
ACTHAR GEL 80 UNIT/ML <i>[corticotropin]</i>	2	QL - 30 day(s)
<i>desmopressin ace spray refrig soln 0.01 %</i>	1	
DESMOPRESSIN ACETATE PF SOLN 4 MCG/ML <i>[desmopressin acetate]</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DESMOPRESSIN ACETATE SOLN 4 MCG/ML [<i>desmopressin acetate</i>]	1	
<i>desmopressin acetate spray soln 0.01 %</i>	1	MO
DESMOPRESSIN ACETATE TABS 0.1 MG [<i>desmopressin acetate</i>]	1	MO
DESMOPRESSIN ACETATE TABS 0.2 MG [<i>desmopressin acetate</i>]	1	MO
STIMATE SOLN 1.5 MG/ML [<i>desmopressin acetate</i>]	2	MO
<i>vasopressin inj 20unt/ml</i>	1	
PROGESTINS		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104 MG/0.65ML [<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>]	2	MO,PREV
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 2.5 mg</i>	1	MO
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>norethindrone acetate tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>progesterone oil 50 mg/ml</i>	1	
PROGESTERONE WETTABLE POWD [<i>progesterone (bulk)</i>]	2	
SOMATOTROPIN AGONISTS AND ANTAGONISTS		
<i>octreotide acetate inj 100mcg</i>	1	MO
<i>octreotide acetate inj 500mcg</i>	1	MO
<i>octreotide acetate inj 50mcg/ml</i>	1	MO
<i>octreotide acetate soln 100 mcg/ml</i>	1	MO
<i>octreotide acetate soln 1000 mcg/ml</i>	1	MO
<i>octreotide acetate soln 200 mcg/ml</i>	1	MO
<i>octreotide acetate soln 50 mcg/ml</i>	1	MO
<i>octreotide acetate soln 500 mcg/ml</i>	1	MO
OMNITROPE SOCT 10 MG/1.5ML [<i>somatropin</i>]	2	QL - 30 day(s)

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OMNITROPE SOCT 5 MG/1.5ML [<i>somatropin</i>]	2	QL - 30 day(s)
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT 10 MG [<i>octreotide acetate</i>]	2	QL - 30 day(s)
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT 20 MG [<i>octreotide acetate</i>]	2	QL - 30 day(s)
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT 30 MG [<i>octreotide acetate</i>]	2	QL - 30 day(s)
THYROID AND ANTITHYROID AGENTS		
<i>levothyroxine sodium tabs 100 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 112 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 125 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 137 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 150 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 175 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 200 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 25 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 300 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 50 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 75 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 88 mcg</i>	1	MO
<i>liothyronine sodium tabs 25 mcg</i>	1	MO
<i>liothyronine sodium tabs 5 mcg</i>	1	MO
<i>liothyronine sodium tabs 50 mcg</i>	1	MO
<i>methimazole tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>methimazole tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>propylthiouracil tabs 50 mg</i>	1	MO
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ANTIDOTES		
<i>leucovorin calcium solr 50 mg</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>leucovorin calcium tabs 25 mg</i>	1	
<i>leucovorin calcium tabs 5 mg</i>	1	MO
ANTIGOUT AGENTS		
<i>allopurinol tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>allopurinol tabs 300 mg</i>	1	MO
<i>colchicine tabs 0.6 mg</i>	1	MO
<i>febuxostat tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>febuxostat tabs 80 mg</i>	1	MO
BONE RESORPTION INHIBITORS		
<i>alendronate sodium tabs 35 mg</i>	1	MO
<i>alendronate sodium tabs 70 mg</i>	1	MO
<i>etidronate disodium tabs 200 mg</i>	2	MO
<i>etidronate disodium tabs 400 mg</i>	2	MO
<i>pamidronate disodium solr 90 mg</i>	2	
CONTRACEPTIVES		
ORTHO DIAPHRAGM ALL-FLEX KIT 65 DPR 65MM <i>[diaphragm arc-spring]</i>	2	RB
ORTHO DIAPHRAGM ALL-FLEX KIT 70 DPR 70MM <i>[diaphragm arc-spring]</i>	2	RB
ORTHO DIAPHRAGM ALL-FLEX KIT 75 DPR 75MM <i>[diaphragm arc-spring]</i>	2	RB
ORTHO DIAPHRAGM ALL-FLEX KIT 80 DPR 80MM <i>[diaphragm arc-spring]</i>	2	RB
DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC AGENTS		
ACTEMRA ACTPEN SOAJ 162 MG/0.9ML <i>[tocilizumab]</i>	2	QL - 30 day(s)
ACTEMRA SOSY 162 MG/0.9ML <i>[tocilizumab]</i>	2	QL - 30 day(s)

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENBREL SOLR 25 MG <i>[etanercept]</i>	2	QL - 30 day(s)
ENBREL SOSY 25 MG/0.5ML <i>[etanercept]</i>	2	QL - 30 day(s)
ENBREL SOSY 50 MG/ML <i>[etanercept]</i>	2	QL - 30 day(s)
ENBREL SURECLICK SOAJ 50 MG/ML <i>[etanercept]</i>	2	QL - 30 day(s)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START PSKT 80 MG/0.8ML <i>[adalimumab]</i>	2	QL - 30 day(s)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START PSKT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML <i>[adalimumab]</i>	2	QL - 30 day(s)
HUMIRA PEN PNKT 40 MG/0.4ML <i>[adalimumab]</i>	2	QL - 30 day(s)
HUMIRA PEN PNKT 40 MG/0.8ML <i>[adalimumab]</i>	2	QL - 30 day(s)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER PNKT 40 MG/0.8ML <i>[adalimumab]</i>	2	QL - 30 day(s)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER PNKT 80 MG/0.8ML <i>[adalimumab]</i>	2	QL - 30 day(s)
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START PNKT 40 MG/0.8ML <i>[adalimumab]</i>	2	QL - 30 day(s)
HUMIRA PEN-PSOR/UEVIT STARTER PNKT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML <i>[adalimumab]</i>	2	QL - 30 day(s)
HUMIRA PSKT 10 MG/0.1ML <i>[adalimumab]</i>	2	QL - 30 day(s)
HUMIRA PSKT 20 MG/0.2ML <i>[adalimumab]</i>	2	QL - 30 day(s)
HUMIRA PSKT 40 MG/0.4ML <i>[adalimumab]</i>	2	QL - 30 day(s)
HUMIRA PSKT 40 MG/0.8ML <i>[adalimumab]</i>	2	QL - 30 day(s)
INFLECTRA SOLR 100 MG <i>[infliximab-dyyb]</i>	2	QL - 30 day(s)
KINERET SOSY 100 MG/0.67ML <i>[anakinra]</i>	2	QL - 30 day(s)
<i>leflunomide tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>leflunomide tabs 20 mg</i>	1	MO
ORENCIA CLICKJECT SOAJ 125 MG/ML <i>[abatacept]</i>	2	QL - 30 day(s)

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ORENCIA SOLR 250 MG [<i>abatacept</i>]	2	QL - 30 day(s)
ORENCIA SOSY 125 MG/ML [<i>abatacept</i>]	2	QL - 30 day(s)
OTEZLA TABS 30 MG [<i>apremilast</i>]	2	QL - 30 day(s)
OTEZLA TBPK 10 & 20 & 30 MG [<i>apremilast</i>]	2	QL - 30 day(s)
XELJANZ TABS 10 MG [<i>tofacitinib citrate</i>]	2	QL - 30 day(s)
XELJANZ TABS 5 MG [<i>tofacitinib citrate</i>]	2	QL - 30 day(s)
XELJANZ XR TB24 11 MG [<i>tofacitinib citrate</i>]	2	QL - 30 day(s)
IMMUNE SUPPRESSANTS		
<i>azathioprine tabs 50 mg</i>	1	MO
[Cyclosporine Modified (for Microemulsion)] GENGRAF CAPS 100 MG	1	MO
[Cyclosporine Modified (for Microemulsion)] GENGRAF CAPS 25 MG	1	MO
[Cyclosporine Modified (for Microemulsion)] GENGRAF SOLN 100 MG/ML	1	MO
<i>mycophenolate mofetil caps 250 mg</i>	1	MO
<i>mycophenolate mofetil susr 200 mg/ml</i>	1	MO
<i>mycophenolate mofetil tabs 500 mg</i>	1	MO
NEORAL SOLN 100 MG/ML [<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>]	2	MO
NULOJIX SOLR 250 MG [<i>belatacept</i>]	2	
PROGRAF SOLN 5 MG/ML [<i>tacrolimus</i>]	2	
SANDIMMUNE CAPS 100 MG [<i>cyclosporine</i>]	2	MO
SANDIMMUNE CAPS 25 MG [<i>cyclosporine</i>]	2	MO
SANDIMMUNE SOLN 100 MG/ML [<i>cyclosporine</i>]	2	MO
SIMULECT SOLR 10 MG [<i>basiliximab</i>]	2	
SIMULECT SOLR 20 MG [<i>basiliximab</i>]	2	
<i>sirolimus soln 1 mg/ml</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sirolimus tabs 0.5 mg</i>	1	MO
<i>sirolimus tabs 1 mg</i>	1	MO
<i>sirolimus tabs 2 mg</i>	1	MO
<i>tacrolimus caps 0.5 mg</i>	1	
<i>tacrolimus caps 1 mg</i>	1	
<i>tacrolimus caps 5 mg</i>	1	
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
AMPHADASE SOLN 150 UNIT/ML [<i>hyaluronidase bovine</i>]	2	QL - 30 day(s)
ATGAM INJ 50 MG/ML [<i>lymphocyte immune globulin, anti-thymocyte globulin (equine)</i>]	2	
BORIC ACID TOPICAL POWD [<i>boric acid (bulk)</i>]	2	
BOTOX SOLR 100 UNIT [<i>onabotulinumtoxin</i>]	2	
BREVITAL SODIUM SOLR 500 MG [<i>methohexital sodium</i>]	2	
BUPIVACAINE FISIOPHARMA SOLN 5 MG/ML [<i>bupivacaine hcl</i>]	2	
<i>bupivacaine hcl (pf) soln 0.25 %</i>	1	
<i>bupivacaine hcl (pf) soln 0.5 %</i>	1	
<i>bupivacaine hcl (pf) soln 0.75 %</i>	1	
<i>bupivacaine hcl soln 0.25 %</i>	1	
<i>bupivacaine hcl soln 0.5 %</i>	1	
<i>bupivacaine-epinephrine (pf) soln 0.25% -1:200000</i>	1	
<i>bupivacaine-epinephrine (pf) soln 0.5% -1:200000</i>	1	
<i>bupivacaine-epinephrine soln 0.25% -1:200000</i>	1	
<i>bupivacaine-epinephrine soln 0.5% -1:200000</i>	1	
CARNITOR SF SOLN 1 GM/10ML [<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>]	2	MO
CARNITOR SOLN 1 GM/10ML [<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>]	2	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CARNITOR SOLN 200 MG/ML [<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>]	2	
CARNITOR TABS 330 MG [<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>]	2	MO
<i>cinacalcet hcl tabs 30 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>cinacalcet hcl tabs 60 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
<i>cinacalcet hcl tabs 90 mg</i>	1	QL - 30 day(s)
CYSTAGON CAPS 150 MG [<i>cysteamine bitartrate</i>]	2	MO
CYSTAGON CAPS 50 MG [<i>cysteamine bitartrate</i>]	2	MO
<i>desflurane soln</i>	1	
ELMIRON CAPS 100 MG [<i>pentosan polysulfate sodium</i>]	2	QL - 30 day(s)
ETHYOL SOLR 500 MG [<i>amifostine</i>]	2	QL - 30 day(s)
GELFILM FILM [<i>gelatin absorbable</i>]	2	
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 MISC [<i>gelatin absorbable</i>]	2	
GELFOAM SPONGE MISC 12-7 MM [<i>gelatin absorbable</i>]	2	
GELFOAM SPONGE SIZE 100 MISC [<i>gelatin absorbable</i>]	2	
GELFOAM SPONGE SIZE 50 MISC [<i>gelatin absorbable</i>]	2	
HYPERTET S/D INJ 250 UNIT/ML [<i>tetanus immune globulin (human)</i>]	2	
<i>isoflurane soln</i>	1	
<i>ketamine hcl soln 100 mg/ml</i>	1	
<i>levocarnitine soln 1 gm/10ml</i>	1	MO
LEVOCARNITINE TABS 330 MG [<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>]	1	MO
<i>lidocaine hcl soln 1 %</i>	1	
<i>lidocaine hcl soln 2 %</i>	1	
<i>lidocaine-epinephrine soln 0.5 %-1:200000</i>	1	
<i>lidocaine-epinephrine soln 1 %-1:100000</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lidocaine-epinephrine soln 2 %-1:100000</i>	1	
<i>mesna soln 100 mg/ml</i>	1	
MESNEX TABS 400 MG [<i>mesna</i>]	2	
METOPIRONE CAPS 250 MG [<i>metyrapone</i>]	2	
NESACAINE SOLN 1 % [<i>chloroprocaine hcl</i>]	2	
NESACAINE SOLN 2 % [<i>chloroprocaine hcl</i>]	2	
<i>phentermine hcl tabs 37.5 mg</i>	1	RB
QSYMIA CP24 11.25-69 MG [<i>phentermine hcl-topiramate</i>]	2	MO, RB
QSYMIA CP24 15-92 MG [<i>phentermine hcl-topiramate</i>]	2	MO, RB
QSYMIA CP24 3.75-23 MG [<i>phentermine hcl-topiramate</i>]	2	MO, RB
QSYMIA CP24 7.5-46 MG [<i>phentermine hcl-topiramate</i>]	2	MO, RB
RIMSO-50 SOLN 50 % [<i>dimethyl sulfoxide</i>]	2	
<i>sevoflurane soln</i>	1	
<i>sodium polystyrene sulfonate powd</i>	1	
<i>sterile water for injection soln</i>	1	
THIOLA TABS 100 MG [<i>tiopronin</i>]	2	QL - 30 day(s)
XYLOCAINE-MPF SOLN 1 % [<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>]	2	
<i>zoledronic acid conc 4 mg/5ml</i>	1	MO
OXYTOCICS		
OXYTOCICS		
HEMABATE SOLN 250 MCG/ML [<i>carboprost tromethamine</i>]	2	QL - 30 day(s)
[Methylergonovine Maleate] METHERGINE TABS 0.2 MG	1	
<i>methylergonovine maleate soln 0.2 mg/ml</i>	1	
OXYTOCIN SOLN 10 UNIT/ML [<i>oxytocin</i>]	1	
RESPIRATORY TRACT AGENTS		
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ADVAIR HFA AERO 115-21 MCG/ACT [fluticasone-salmeterol]	2	MO
ADVAIR HFA AERO 230-21 MCG/ACT [fluticasone-salmeterol]	2	MO
ADVAIR HFA AERO 45-21 MCG/ACT [fluticasone-salmeterol]	2	MO
ALVESCO AERS 160 MCG/ACT [ciclesonide]	2	MO
ALVESCO AERS 80 MCG/ACT [ciclesonide]	2	MO
ASMANEX (120 METERED DOSES) AEPB 220 MCG/INH [mometasone furoate (inhalation)]	2	MO
ASMANEX (14 METERED DOSES) AEPB 220 MCG/INH [mometasone furoate (inhalation)]	2	MO
ASMANEX (30 METERED DOSES) AEPB 110 MCG/INH [mometasone furoate (inhalation)]	2	MO
ASMANEX (30 METERED DOSES) AEPB 220 MCG/INH [mometasone furoate (inhalation)]	2	MO
ASMANEX (60 METERED DOSES) AEPB 220 MCG/INH [mometasone furoate (inhalation)]	2	MO
ASMANEX HFA AERO 100 MCG/ACT [mometasone furoate (inhalation)]	2	MO
ASMANEX HFA AERO 200 MCG/ACT [mometasone furoate (inhalation)]	2	MO
budesonide susp 0.25 mg/2ml	1	MO
budesonide susp 0.5 mg/2ml	1	MO
FLOVENT HFA AERO 44 MCG/ACT [fluticasone propionate hfa]	2	MO
[Fluticasone-salmeterol] WIXELA INHUB AEPB 100-50 MCG/DOSE	1	MO
[Fluticasone-salmeterol] WIXELA INHUB AEPB 250-50 MCG/DOSE	1	MO
[Fluticasone-salmeterol] WIXELA INHUB AEPB 500-50 MCG/DOSE	1	MO
ANTITUSSIVES		
benzonatate caps 100 mg	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>benzonatate caps 200 mg</i>	1	
CYSTIC FIBROSIS		
CAYSTON SOLR 75 MG [<i>aztreonam lysine</i>]	2	QL - 30 day(s), LD
<i>tobramycin nebu 300 mg/5ml</i>	1	QL - 30 day(s)
PULMONARY FIBROSIS		
ESBRIET CAPS 267 MG [<i>pirfenidone</i>]	2	QL - 30 day(s)
ESBRIET TABS 267 MG [<i>pirfenidone</i>]	2	QL - 30 day(s)
ESBRIET TABS 801 MG [<i>pirfenidone</i>]	2	QL - 30 day(s)
RESPIRATORY AGENTS, MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine soln 10 %</i>	1	
<i>acetylcysteine soln 20 %</i>	1	
<i>albuterol sulfate hfa aers 108 (90 base) mcg/act</i>	1	MO
<i>albuterol sulfate nebu (2.5 mg/3ml) 0.083%</i>	1	MO
<i>albuterol sulfate nebu 2.5 mg/0.5ml</i>	1	MO
<i>albuterol sulfate syrp 2 mg/5ml</i>	1	MO
<i>albuterol sulfate tabs 2 mg</i>	1	MO
<i>albuterol sulfate tabs 4 mg</i>	1	MO
<i>ambrisentan tabs 10 mg</i>	1	
<i>ambrisentan tabs 5 mg</i>	1	
ARALAST NP SOLR 1000 MG [<i>alpha1-proteinase inhibitor (human)</i>]	2	QL - 30 day(s)
ARALAST NP SOLR 500 MG [<i>alpha1-proteinase inhibitor (human)</i>]	2	QL - 30 day(s)
COMBIVENT RESPIMAT AERS 20-100 MCG/ACT [<i>ipratropium-albuterol</i>]	2	MO
<i>cromolyn sodium nebu 20 mg/2ml</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
[Theophylline] ELIXOPHYLLIN ELIX 80 MG/15ML	2	MO
FASENRA PEN SOAJ 30 MG/ML [<i>benralizumab</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>ipratropium bromide soln 0.02 %</i>	1	MO
<i>ipratropium bromide soln 0.03 %</i>	1	MO
<i>montelukast sodium chew 4 mg</i>	1	MO
<i>montelukast sodium chew 5 mg</i>	1	MO
<i>montelukast sodium tabs 10 mg</i>	1	MO
PULMOZYME SOLN 1 MG/ML [<i>dornase alfa</i>]	2	QL - 30 day(s)
REMODULIN SOLN 100 MG/20ML [<i>treprostinil</i>]	2	QL - 30 day(s), LD
REMODULIN SOLN 20 MG/20ML [<i>treprostinil</i>]	2	QL - 30 day(s), LD
REMODULIN SOLN 200 MG/20ML [<i>treprostinil</i>]	2	QL - 30 day(s), LD
REMODULIN SOLN 50 MG/20ML [<i>treprostinil</i>]	2	QL - 30 day(s), LD
SODIUM CHLORIDE NEBU 0.9 % [<i>sodium chloride (inhalant)</i>]	1	
SPIRIVA RESPIMAT AERS 2.5 MCG/ACT [<i>tiotropium bromide monohydrate</i>]	2	MO
STIOLTO RESPIMAT AERS 2.5-2.5 MCG/ACT [<i>tiotropium bromide-olodaterol hcl</i>]	2	MO
STRIVERDI RESPIMAT AERS 2.5 MCG/ACT [<i>olodaterol hcl</i>]	2	MO
[Theophylline] THEO-24 CP24 300 MG	2	MO
<i>theophylline er tb12 100 mg</i>	1	MO
<i>theophylline er tb12 200 mg</i>	1	MO
<i>theophylline er tb12 300 mg</i>	1	MO
<i>theophylline er tb12 450 mg</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>theophylline er tb24 400 mg</i>	1	MO
SERUMS, TOXOIDS, AND VACCINES		
SERUMS		
CARIMUNE NF SOLR 12 GM <i>[immune globulin (human) iv]</i>	2	MO
CARIMUNE NF SOLR 6 GM <i>[immune globulin (human) iv]</i>	2	MO
GAMUNEX-C SOLN 1 GM/10ML <i>[immune globulin (human) iv or subcutaneous]</i>	2	QL - 30 day(s)
GAMUNEX-C SOLN 10 GM/100ML <i>[immune globulin (human) iv or subcutaneous]</i>	2	QL - 30 day(s)
GAMUNEX-C SOLN 2.5 GM/25ML <i>[immune globulin (human) iv or subcutaneous]</i>	2	QL - 30 day(s)
GAMUNEX-C SOLN 20 GM/200ML <i>[immune globulin (human) iv or subcutaneous]</i>	2	QL - 30 day(s)
GAMUNEX-C SOLN 5 GM/50ML <i>[immune globulin (human) iv or subcutaneous]</i>	2	QL - 30 day(s)
HIZENTRA SOLN 1 GM/5ML <i>[immune globulin (human) subcutaneous]</i>	2	QL - 30 day(s)
HIZENTRA SOLN 10 GM/50ML <i>[immune globulin (human) subcutaneous]</i>	2	QL - 30 day(s)
HIZENTRA SOLN 2 GM/10ML <i>[immune globulin (human) subcutaneous]</i>	2	QL - 30 day(s)
HIZENTRA SOLN 4 GM/20ML <i>[immune globulin (human) subcutaneous]</i>	2	QL - 30 day(s)
HYPERRHO S/D SOSY 1500 UNIT <i>[rho d immune globulin (human)]</i>	2	
HYQVIA KIT 10 GM/100ML <i>[immune globulin (human)-hyaluronidase (human recombinant)]</i>	2	QL - 30 day(s)

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HYQVIA KIT 2.5 GM/25ML [<i>immune globulin (human)-hyaluronidase (human recombinant)</i>]	2	QL - 30 day(s)
HYQVIA KIT 20 GM/200ML [<i>immune globulin (human)-hyaluronidase (human recombinant)</i>]	2	QL - 30 day(s)
HYQVIA KIT 30 GM/300ML [<i>immune globulin (human)-hyaluronidase (human recombinant)</i>]	2	QL - 30 day(s)
HYQVIA KIT 5 GM/50ML [<i>immune globulin (human)-hyaluronidase (human recombinant)</i>]	2	QL - 30 day(s)
IMOGAM RABIES-HT SOLN 300 UNIT/2ML [<i>rabies immune globulin (human)</i>]	2	
NABI-HB SOLN [<i>hepatitis b immune globulin (human)</i>]	2	
OCTAGAM SOLN 5 GM/100ML [<i>immune globulin (human) iv</i>]	2	MO
RHOPHYLAC SOSY 1500 UNIT/2ML [<i>rho d immune globulin (human)</i>]	2	
VARIZIG SOLR 125 UNIT [<i>varicella-zoster immune globulin (human)</i>]	2	
SEXUAL DYSFUNCTION		
VASODILATING AGENTS		
CAVERJECT SOLR 20 MCG [<i>alprostadil (vasodilator)</i>]	2	RB
CAVERJECT SOLR 40 MCG [<i>alprostadil (vasodilator)</i>]	2	RB
EDEX KIT 10 MCG [<i>alprostadil (vasodilator)</i>]	2	RB
EDEX KIT 20 MCG [<i>alprostadil (vasodilator)</i>]	2	RB
EDEX KIT 40 MCG [<i>alprostadil (vasodilator)</i>]	2	RB
MUSE PLLT 1000 MCG [<i>alprostadil (vasodilator)</i>]	2	RB
MUSE PLLT 125 MCG [<i>alprostadil (vasodilator)</i>]	2	RB
MUSE PLLT 250 MCG [<i>alprostadil (vasodilator)</i>]	2	RB
MUSE PLLT 500 MCG [<i>alprostadil (vasodilator)</i>]	2	RB

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tadalafil tabs 10 mg</i>	1	RB
<i>tadalafil tabs 2.5 mg</i>	1	RB
<i>tadalafil tabs 20 mg</i>	1	RB
<i>tadalafil tabs 5 mg</i>	1	RB
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS		
ANTI-INFECTIVES (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)		
AKTIPAK PACK 5-3 % [<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>]	2	MO
BACTROBAN NASAL OINT 2 % [<i>mupirocin calcium</i>]	2	
BENZOIC ACID POWD [<i>benzoic acid</i>]	2	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3 %</i>	1	MO
<i>clindamycin phosphate crea 2 %</i>	1	
<i>clindamycin phosphate lotn 1 %</i>	1	MO
<i>clindamycin phosphate soln 1 %</i>	1	MO
<i>clotrimazole troc 10 mg</i>	1	
<i>erythromycin gel 2 %</i>	1	MO
<i>erythromycin soln 2 %</i>	1	MO
<i>gentamicin sulfate crea 0.1 %</i>	1	
<i>gentamicin sulfate oint 0.1 %</i>	1	
HYDROCORTISONE-IODOQUINOL CREA 1-1 % [<i>iidoquinol-hc</i>]	1	
<i>ketoconazole crea 2 %</i>	1	
<i>ketoconazole sham 2 %</i>	1	
<i>metronidazole crea 0.75 %</i>	1	
<i>metronidazole gel 0.75 %</i>	1	
<i>mupirocin calcium crea 2 %</i>	1	
<i>mupirocin oint 2 %</i>	1	
<i>nystatin crea 100000 unit/gm</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nystatin oint 100000 unit/gm</i>	1	
[Nystatin (topical)] NYSTOP POWD 100000 UNIT/GM	1	
<i>selenium sulfide lotn 2.5 %</i>	1	
SILVER SULFADIAZINE CREA 1 % [<i>silver sulfadiazine</i>]	1	
<i>sulfacetamide sodium (acne) lotn 10 %</i>	1	MO
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)		
<i>alclometasone dipropionate oint 0.05 %</i>	1	MO
<i>betamethasone dipropionate aug crea 0.05 %</i>	1	MO
<i>betamethasone dipropionate aug gel 0.05 %</i>	2	MO
<i>betamethasone dipropionate aug lotn 0.05 %</i>	1	MO
<i>betamethasone dipropionate aug oint 0.05 %</i>	1	MO
<i>betamethasone dipropionate lotn 0.05 %</i>	1	MO
BETAMETHASONE DIPROPIONATE OINT 0.05 % [<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>]	1	MO
BETAMETHASONE VALERATE CREA 0.1 % [<i>betamethasone valerate</i>]	1	MO
BETAMETHASONE VALERATE LOTN 0.1 % [<i>betamethasone valerate</i>]	1	MO
<i>betamethasone valerate oint 0.1 %</i>	1	MO
<i>ciclopirox olamine crea 0.77 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate crea 0.05 %</i>	1	MO
<i>clobetasol propionate emollient base crea 0.05 %</i>	1	MO
<i>clobetasol propionate gel 0.05 %</i>	1	MO
<i>clobetasol propionate oint 0.05 %</i>	1	MO
CLOBETASOL PROPIONATE POWD [<i>clobetasol propionate</i>]	2	
<i>clobetasol propionate sham 0.05 %</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clobetasol propionate soln 0.05 %</i>	1	MO
CLOBEX SHAM 0.05 % [<i>clobetasol propionate</i>]	2	MO
<i>clotrimazole-betamethasone crea 1-0.05 %</i>	1	
[Hydrocortisone (intrarectal)] COLOCORT ENEM 100 MG/60ML	1	MO
CORDRAN TAPE 4 MCG/SQCM [<i>flurandrenolide</i>]	2	MO
<i>desonide crea 0.05 %</i>	1	MO
<i>desonide oint 0.05 %</i>	1	MO
<i>desoximetasone crea 0.25 %</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium gel 1 %</i>	1	MO
DUPIXENT SOSY 200 MG/1.14ML [<i>dupilumab</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>fluocinolone acetonide body oil 0.01 %</i>	1	MO
<i>fluocinolone acetonide crea 0.01 %</i>	1	MO
<i>fluocinolone acetonide crea 0.025 %</i>	1	MO
<i>fluocinolone acetonide oint 0.025 %</i>	1	MO
<i>fluocinolone acetonide scalp oil 0.01 %</i>	1	MO
<i>fluocinolone acetonide soln 0.01 %</i>	1	MO
<i>fluocinonide crea 0.05 %</i>	1	MO
<i>fluocinonide emulsified base crea 0.05 %</i>	1	MO
<i>fluocinonide gel 0.05 %</i>	1	MO
<i>fluocinonide oint 0.05 %</i>	1	MO
<i>fluocinonide soln 0.05 %</i>	1	MO
<i>halobetasol propionate crea 0.05 %</i>	1	MO
<i>halobetasol propionate oint 0.05 %</i>	1	MO
HYDROCORTISONE ACETATE SUPP 25 MG [<i>hydrocortisone acetate (rectal)</i>]	1	MO
<i>hydrocortisone butyr lipo base crea 0.1 %</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocortisone butyrate crea 0.1 %</i>	2	MO
<i>hydrocortisone butyrate oint 0.1 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone butyrate soln 0.1 %</i>	2	MO
<i>hydrocortisone crea 2.5 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone lotn 2.5 %</i>	1	MO
HYDROCORTISONE MICRONIZED POWD [<i>hydrocortisone micronized</i>]	2	
<i>hydrocortisone oint 2.5 %</i>	1	MO
<i>mometasone furoate crea 0.1 %</i>	1	MO
<i>mometasone furoate oint 0.1 %</i>	1	MO
<i>mometasone furoate soln 0.1 %</i>	1	MO
<i>nystatin-triamcinolone crea 100000-0.1 unit/gm-%</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone oint 100000-0.1 unit/gm-%</i>	1	
[Hydrocortisone (rectal)] PROCTOZONE-HC CREA 2.5 %	1	MO
<i>triamcinolone acetone aers 0.147 mg/gm</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetone crea 0.025 %</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetone crea 0.1 %</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetone crea 0.5 %</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetone oint 0.025 %</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetone oint 0.1 %</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetone oint 0.5 %</i>	1	MO
TRIAMCINOLONE ACETONIDE POWD [<i>triamcinolone acetone (topical)</i>]	2	
<i>triamcinolone acetone pste 0.1 %</i>	1	MO
ANTI PRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS		
<i>lidocaine hcl soln 4 %</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal gel 2 %</i>	2	MO
<i>lidocaine-prilocaine crea 2.5-2.5 %</i>	1	MO
CELL STIMULANTS AND PROLIFERANTS		
RETIN-A CREA 0.025 % [<i>tretinoin</i>]	2	AR, MO
RETIN-A CREA 0.05 % [<i>tretinoin</i>]	2	AR, MO
RETIN-A CREA 0.1 % [<i>tretinoin</i>]	2	AR, MO
RETIN-A GEL 0.01 % [<i>tretinoin</i>]	2	AR, MO
RETIN-A GEL 0.025 % [<i>tretinoin</i>]	2	AR, MO
<i>tretinoin crea 0.025 %</i>	1	AR, MO
<i>tretinoin crea 0.05 %</i>	1	AR, MO
<i>tretinoin crea 0.1 %</i>	1	AR, MO
<i>tretinoin gel 0.01 %</i>	1	AR, MO
<i>tretinoin gel 0.025 %</i>	1	AR, MO
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS		
<i>acitretin caps 10 mg</i>	1	
<i>acitretin caps 25 mg</i>	1	
<i>adapalene gel 0.3 %</i>	1	MO
<i>calcipotriene soln 0.005 %</i>	1	MO
[Isotretinoin] CLARAVIS CAPS 10 MG	1	
COSENTYX (300 MG DOSE) SOSY 150 MG/ML [<i>secukinumab</i>]	2	QL - 30 day(s)
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SOAJ 150 MG/ML [<i>secukinumab</i>]	2	QL - 30 day(s)
DIFFERIN GEL 0.3 % [<i>adapalene</i>]	2	MO
DRITHO-CREME HP CREA 1 % [<i>anthralin</i>]	2	MO
DRYSOL SOLN 20 % [<i>aluminum chloride</i>]	2	MO
DUPIXENT SOPN 300 MG/2ML [<i>dupilumab</i>]	2	QL - 30 day(s)

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DUPIXENT SOSY 300 MG/2ML [<i>dupilumab</i>]	2	QL - 30 day(s)
ETHYL CHLORIDE AERO [<i>ethyl chloride</i>]	2	
<i>fluorouracil crea 5 %</i>	1	
<i>fluorouracil soln 2 %</i>	2	
<i>fluorouracil soln 5 %</i>	2	
GLYCOPYRROLATE POWD [<i>glycopyrrolate (bulk)</i>]	2	
GRANULEX AER [<i>trypsin w/ castor oil & peruvian balsam</i>]	2	
<i>imiquimod crea 5 %</i>	1	
<i>isotretinoin caps 20 mg</i>	1	
<i>isotretinoin caps 30 mg</i>	1	
<i>isotretinoin caps 40 mg</i>	1	
<i>methoxsalen rapid caps 10 mg</i>	2	
<i>permethrin crea 5 %</i>	1	
<i>podofilox soln 0.5 %</i>	1	MO
SANTYL OINT 250 UNIT/GM [<i>collagenase</i>]	2	
TACROLIMUS OINT 0.03 % [<i>tacrolimus (topical)</i>]	1	MO
TACROLIMUS OINT 0.1 % [<i>tacrolimus (topical)</i>]	1	MO
<i>tazarotene crea 0.1 %</i>	1	MO
TAZORAC CREA 0.05 % [<i>tazarotene</i>]	2	MO
TAZORAC GEL 0.05 % [<i>tazarotene</i>]	2	MO
TAZORAC GEL 0.1 % [<i>tazarotene</i>]	2	MO
VECTICAL OINT 3 MCG/GM [<i>calcitriol (topical)</i>]	2	MO
XERAC AC SOLN 6.25 % [<i>aluminum chloride in alcohol</i>]	2	
SMOOTH MUSCLE RELAXANTS		
SMOOTH MUSCLE RELAXANTS		
<i>oxybutynin chloride er tb24 10 mg</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxybutynin chloride er tb24 15 mg</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride er tb24 5 mg</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride syrp 5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>solifenacin succinate tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>solifenacin succinate tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>tropium chloride tabs 20 mg</i>	1	MO
VITAMINS		
VITAMINS		
AQUASOL A SOLN 15 MG/ML [<i>vitamin a</i>]	2	QL - 30 day(s)
<i>calcitriol caps 0.25 mcg</i>	1	MO
<i>calcitriol caps 0.5 mcg</i>	1	MO
<i>cyanocobalamin soln 1000 mcg/ml</i>	1	MO
DECARA CAPS 1.25 MG (50000 UT) [<i>cholecalciferol</i>]	1	
<i>folic acid soln 5 mg/ml</i>	1	
<i>folic acid tabs 1 mg</i>	1	MO
INFED SOLN 50 MG/ML [<i>iron dextran</i>]	2	
INFUVITE ADULT INJ [<i>multiple vitamin</i>]	2	
MEPHYTON TABS 5 MG [<i>phytonadione</i>]	2	
<i>phytonadione tabs 5 mg</i>	1	
POTABA CAPS 500 MG [<i>potassium aminobenzoate</i>]	2	MO
POTABA TAB 500MG [<i>potassium aminobenzoate</i>]	2	
<i>pyridoxine hcl soln 100 mg/ml</i>	2	
<i>thiamine hcl soln 100 mg/ml</i>	1	
VENOFER SOLN 20 MG/ML [<i>iron sucrose</i>]	2	
<i>vitamin d (ergocalciferol) caps 1.25 mg (50000 ut)</i>	1	MO

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de CO CHP+ por Afección Médica

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vitamin k1 soln 10 mg/ml</i>	1	

DE MARCA = LETRAS MAYÚSCULAS **genérico** = letras minúsculas

AR - Un medicamento que está restringido a una edad o grupo de edad específicos

LD - Un medicamento que únicamente puede ser distribuido por ciertas Farmacias Especializadas, conocidas también como Farmacias de Distribución Limitada

MO – Un medicamento que es un fármaco de mantenimiento

PREV – Medicamentos preventivos sin copago ni coseguro conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible

QL – Un medicamento que tiene un límite de cantidad o está limitado a un suministro para una cantidad específica de días

RB – Un medicamento que está restringido a cierto beneficio de cobertura

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

ÍNDICE

A

abacavir sulfate soln 20 mg/ml	11	acetic acid-aluminum acetate soln 2 %	76
abacavir sulfate tabs 300 mg	11	acetylcysteine soln 10 %	99
abacavir sulfate-lamivudine tabs 600-300 mg	11	acetylcysteine soln 20 %	99
abacavir-lamivudine-zidovudine tabs 300-150-300 mg	11	acitretin caps 10 mg	107
abiraterone acetate tabs 250 mg	16	acitretin caps 25 mg	107
ABRAXANE SUSR 100 MG [paclitaxel protein-bound particles]	16	ACTEMRA ACTPEN SOAJ 162 MG/0.9ML [tocilizumab]	92
acamprosate calcium tbec 333 mg	41	ACTEMRA SOSY 162 MG/0.9ML [tocilizumab]	92
acarbose tabs 100 mg	86	ACTHAR GEL 80 UNIT/ML [corticotropin] ..	89
acarbose tabs 25 mg	86	ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G MISC [lancets]	61
acarbose tabs 50 mg	86	ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G MISC [lancets]	61
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CARE KIT KIT COMPACT [blood glucose monitoring supplies]	61	ACTIVASE SOLR 100 MG [alteplase]	26
ACCU-CHEK COMPACT PLUS STRP [glucose blood]	61	acyclovir caps 200 mg	11
acebutolol hcl caps 200 mg	33	acyclovir sodium inj 1000mg	11
acebutolol hcl caps 400 mg	33	acyclovir sodium soln 50 mg/ml	11
acetaminophen-codeine #2 tabs 300-15 mg	41	acyclovir susp 200 mg/5ml	11
acetaminophen-codeine #3 tabs 300-30 mg	41	acyclovir tabs 400 mg	11
acetaminophen-codeine #4 tabs 300-60 mg	41	acyclovir tabs 800 mg	11
acetaminophen-codeine soln 120-12 mg/5ml	41	ADAGEN SOLN 250 UNIT/ML [pegademase bovine]	73
acetazolamide er cp12 500 mg	76	adapalene gel 0.3 %	107
acetazolamide sodium solr 500 mg	37	ADCIRCA TABS 20 MG [tadalafil (pulmonary hypertension)]	39
acetazolamide tabs 125 mg	76	ADDAMEL N SOLN [trace minerals (cr-cu-f-fe-i-mn-mo-se-zn)]	71
acetazolamide tabs 250 mg	76	adefovir dipivoxil tabs 10 mg	11
ACETEST TAB TABLETS [acetone (urine) test]	61	adenosine soln 12 mg/4ml	36
acetic acid soln 2 %	76	ADRENALIN SOLN 0.1 % [epinephrine hcl (nasal)]	78
		ADRENALIN SOLN 1 MG/ML [epinephrine (anaphylaxis)]	25
		ADVAIR HFA AERO 115-21 MCG/ACT [fluticasone-salmeterol]	98

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

ADVAIR HFA AERO 230-21 MCG/ACT [fluticasone-salmeterol]	98	albuterol sulfate nebu 1.25 mg/3ml	25
ADVAIR HFA AERO 45-21 MCG/ACT [fluticasone-salmeterol]	98	albuterol sulfate nebu 2.5 mg/0.5ml	99
ADVATE SOLR 1000 UNIT [antihemophilic factor (rcmb) plasma/albumin free (rahf- pfm)]	26	albuterol sulfate syrp 2 mg/5ml	99
ADVATE SOLR 1500 UNIT [antihemophilic factor (rcmb) plasma/albumin free (rahf- pfm)]	26	albuterol sulfate tabs 2 mg	99
ADVATE SOLR 2000 UNIT [antihemophilic factor (rcmb) plasma/albumin free (rahf- pfm)]	26	albuterol sulfate tabs 4 mg	99
ADVATE SOLR 250 UNIT [antihemophilic factor (rcmb) plasma/albumin free (rahf- pfm)]	27	alclometasone dipropionate oint 0.05 % ..	104
ADVATE SOLR 500 UNIT [antihemophilic factor (rcmb) plasma/albumin free (rahf- pfm)]	27	ALECENSA CAPS 150 MG [alectinib hcl]	16
ADVOCATE DUO DEVI [blood glucose monitor & blood pressure monitor]	61	alendronate sodium tabs 35 mg	92
ADVOCATE DUO KIT [blood glucose monitor & blood pressure monitor]	62	alendronate sodium tabs 70 mg	92
ADVOCATE SAFETY LANCETS MISC [lancets]	62	alfuzosin hcl er tb24 10 mg	31
AFINITOR TABS 10 MG [everolimus]	16	ALIQOPA SOLR 60 MG [copanlisib hcl]	16
AGGRENOX CP12 25-200 MG [aspirin- dipyridamole]	27	allopurinol tabs 100 mg	92
AKTIPAK PACK 5-3 % [benzoyl peroxide- erythromycin]	103	allopurinol tabs 300 mg	92
AKYNZEO CAPS 300-0.5 MG [netupitant- palonosetron]	78	ALPHANINE SD SOLR 500 UNIT [coagulation factor ix]	27
albendazole tabs 200 mg	1	alprazolam tabs 0.25 mg	51
albuterol sulfate er tb12 4 mg	25	alprazolam tabs 0.5 mg	51
albuterol sulfate er tb12 8 mg	25	alprazolam tabs 1 mg	52
albuterol sulfate hfa aers 108 (90 base) mcg/act	99	alprazolam tabs 2 mg	52
albuterol sulfate nebu (2.5 mg/3ml) 0.083%	99	ALTAFLUOR BENOX SOLN 0.25-0.4 % [fluorescein w/ benoxinate]	76
albuterol sulfate nebu (5 mg/ml) 0.5%	25	ALVESCO AERS 160 MCG/ACT [ciclesonide]	98
albuterol sulfate nebu 0.63 mg/3ml	25	ALVESCO AERS 80 MCG/ACT [ciclesonide]	98
		amantadine hcl caps 100 mg	50
		amantadine hcl syrp 50 mg/5ml	50
		amantadine hcl tabs 100 mg	50
		AMBISOME SUSR 50 MG [amphotericin b liposome]	8
		ambrisentan tabs 10 mg	99
		ambrisentan tabs 5 mg	99
		AMICAR SOLN 0.25 GM/ML [aminocaproic acid]	27
		amikacin sulfate soln 1 gm/4ml	1
		amikacin sulfate soln 500 mg/2ml	1
		amiloride hcl tabs 5 mg	69
		amiloride-hydrochlorothiazide tabs 5-50 mg	69
		aminocaproic acid soln 250 mg/ml	27

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

aminocaproic acid tabs 1000 mg	27	amoxicillin-pot clavulanate tabs 875-125 mg	2
aminocaproic acid tabs 500 mg	27	.....	2
amiodarone hcl soln 150 mg/3ml	36	AMPHADASE SOLN 150 UNIT/ML	
amiodarone hcl tabs 200 mg	36	[hyaluronidase bovine]	95
amitriptyline hcl tabs 10 mg	55	amphetamine-dextroamphet er cp24 10 mg	45
amitriptyline hcl tabs 100 mg	55	.....	45
amitriptyline hcl tabs 150 mg	55	amphetamine-dextroamphet er cp24 15 mg	45
amitriptyline hcl tabs 25 mg	55	.....	45
amitriptyline hcl tabs 50 mg	55	amphetamine-dextroamphet er cp24 20 mg	45
amitriptyline hcl tabs 75 mg	55	.....	45
amlodipine besylate tabs 10 mg	35	amphetamine-dextroamphet er cp24 25 mg	45
amlodipine besylate tabs 2.5 mg	35	.....	45
amlodipine besylate tabs 5 mg	35	amphetamine-dextroamphet er cp24 30 mg	45
amoxicillin caps 250 mg	1	.....	45
amoxicillin caps 500 mg	1	amphetamine-dextroamphet er cp24 5 mg	45
amoxicillin chew 125 mg	1	amphetamine-dextroamphetamine tabs 10	45
amoxicillin chew 250 mg	1	mg	45
amoxicillin susr 125 mg/5ml	1	amphetamine-dextroamphetamine tabs 15	41
amoxicillin susr 200 mg/5ml	1	mg	45
amoxicillin susr 250 mg/5ml	1	amphetamine-dextroamphetamine tabs 20	45
amoxicillin susr 400 mg/5ml	1	mg	45
amoxicillin tabs 500 mg	1	amphetamine-dextroamphetamine tabs 30	45
amoxicillin tabs 875 mg	1	mg	45
amoxicillin-pot clavulanate chew 200-28.5	1	amphetamine-dextroamphetamine tabs 5	45
mg	1	mg	45
amoxicillin-pot clavulanate chew 400-57 mg	1	amphetamine-dextroamphetamine tabs 7.5	41
.....	1	mg	41
amoxicillin-pot clavulanate susr 200-28.5	1	amphotericin b solr 50 mg	8
mg/5ml	1	ampicillin cap 250mg	2
amoxicillin-pot clavulanate susr 250-62.5	1	ampicillin caps 500 mg	2
mg/5ml	1	ampicillin sodium solr 1 gm	2
amoxicillin-pot clavulanate susr 400-57	1	ampicillin sodium solr 10 gm	2
mg/5ml	1	ampicillin sodium solr 2 gm	2
amoxicillin-pot clavulanate susr 600-42.9	1	ampicillin sodium solr 500 mg	2
mg/5ml	1	ampicillin susr 125 mg/5ml	2
amoxicillin-pot clavulanate tabs 250-125 mg	1	ampicillin susr 250 mg/5ml	2
.....	1	ampicillin-sulbactam sodium solr 1.5 (1-0.5)	2
amoxicillin-pot clavulanate tabs 500-125 mg	1	gm	2
.....	1	ampicillin-sulbactam sodium solr 3 (2-1) gm	2
		.....	2

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

ANADROL-50 TABS 50 MG [<i>oxymetholone</i>]	84	ASMANEX HFA AERO 100 MCG/ACT	
.....		[<i>mometasone furoate (inhalation)</i>]	98
<i>anagrelide hcl caps 0.5 mg</i>	27	ASMANEX HFA AERO 200 MCG/ACT	
<i>anagrelide hcl caps 1 mg</i>	27	[<i>mometasone furoate (inhalation)</i>]	98
<i>anastrozole tabs 1 mg</i>	16	<i>aspirin-dipyridamole er cp12 25-200 mg</i>	27
APTIVUS CAPS 250 MG [<i>tipranavir</i>]	11	ASSURE HAEMOLANCE PLUS HIGH MISC	
APTIVUS SOLN 100 MG/ML [<i>tipranavir</i>]	11	[<i>lancets</i>]	62
AQUASOL A SOLN 15 MG/ML [<i>vitamin a</i>]	109	<i>atazanavir sulfate caps 150 mg</i>	11
ARALAST NP SOLR 1000 MG [<i>alpha1-</i>		<i>atazanavir sulfate caps 200 mg</i>	11
<i>proteinase inhibitor (human)</i>]	99	<i>atazanavir sulfate caps 300 mg</i>	11
ARALAST NP SOLR 500 MG [<i>alpha1-</i>		<i>atenolol tabs 100 mg</i>	33
<i>proteinase inhibitor (human)</i>]	99	<i>atenolol tabs 25 mg</i>	33
<i>aripiprazole tabs 10 mg</i>	55	<i>atenolol tabs 50 mg</i>	33
<i>aripiprazole tabs 15 mg</i>	55	<i>atenolol-chlorthalidone tabs 100-25 mg</i>	33
<i>aripiprazole tabs 2 mg</i>	55	<i>atenolol-chlorthalidone tabs 50-25 mg</i>	33
<i>aripiprazole tabs 20 mg</i>	55	ATGAM INJ 50 MG/ML [<i>lymphocyte immune</i>	
<i>aripiprazole tabs 30 mg</i>	55	<i>globulin,anti-thymocyte globulin (equine)</i>	
<i>aripiprazole tabs 5 mg</i>	55	.....	95
ARISTOSPAN INTRA-ARTICULAR INJ		<i>atomoxetine hcl caps 10 mg</i>	45
20MG/ML [<i>triamcinolone hexacetonide</i>]	82	<i>atomoxetine hcl caps 100 mg</i>	45
ARISTOSPAN INTRALESIONAL INJ 5MG/ML		<i>atomoxetine hcl caps 18 mg</i>	45
[<i>triamcinolone hexacetonide</i>]	82	<i>atomoxetine hcl caps 25 mg</i>	45
<i>armodafinil tabs 150 mg</i>	45	<i>atomoxetine hcl caps 40 mg</i>	45
<i>armodafinil tabs 200 mg</i>	45	<i>atomoxetine hcl caps 60 mg</i>	45
<i>armodafinil tabs 250 mg</i>	45	<i>atomoxetine hcl caps 80 mg</i>	45
<i>armodafinil tabs 50 mg</i>	45	<i>atorvastatin calcium tabs 10 mg</i>	32
ASMANEX (120 METERED DOSES) AEPB		<i>atorvastatin calcium tabs 20 mg</i>	32
220 MCG/INH [<i>mometasone furoate</i>		<i>atorvastatin calcium tabs 40 mg</i>	32
<i>(inhalation)</i>]	98	<i>atorvastatin calcium tabs 80 mg</i>	32
ASMANEX (14 METERED DOSES) AEPB 220		<i>atovaquone susp 750 mg/5ml</i>	10
MCG/INH [<i>mometasone furoate</i>		<i>atovaquone-proguanil hcl tabs 250-100 mg</i>	
<i>(inhalation)</i>]	98	.....	10
ASMANEX (30 METERED DOSES) AEPB 110		<i>atovaquone-proguanil hcl tabs 62.5-25 mg</i>	10
MCG/INH [<i>mometasone furoate</i>		<i>atracurium besylate soln 50 mg/5ml</i>	53
<i>(inhalation)</i>]	98	ATROPINE SULFATE OINT 1 % [<i>atropine</i>	
ASMANEX (30 METERED DOSES) AEPB 220		<i>sulfate (ophthalmic)</i>]	77
MCG/INH [<i>mometasone furoate</i>		ATROPINE SULFATE SOLN 1 % [<i>atropine</i>	
<i>(inhalation)</i>]	98	<i>sulfate (ophthalmic)</i>]	77
ASMANEX (60 METERED DOSES) AEPB 220		ATROPINE SULFATE SOLN 8 MG/20ML	
MCG/INH [<i>mometasone furoate</i>		[<i>atropine sulfate</i>]	23
<i>(inhalation)</i>]	98		

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

ATROPINE SULFATE SOSY 0.25 MG/5ML [atropine sulfate]	23
AUGMENTIN SUSR 125-31.25 MG/5ML [amoxicillin & pot clavulanate]	2
AVONEX KIT 30 MCG [interferon beta-1a] .	54
AVONEX PEN AJKT 30 MCG/0.5ML [interferon beta-1a]	54
AVONEX PREFILLED PSKT 30 MCG/0.5ML [interferon beta-1a]	54
azacitidine susr 100 mg	16
azathioprine tabs 50 mg	94
azelastine hcl soln 0.1 %	76
AZITHROMYCIN PACK 1 GM [azithromycin]	2
azithromycin solr 500 mg	2
azithromycin susr 100 mg/5ml	2
azithromycin susr 200 mg/5ml	2
azithromycin tabs 250 mg	2
azithromycin tabs 500 mg	2
azithromycin tabs 600 mg	2
aztreonam solr 1 gm	2
aztreonam solr 2 gm	2

B

bacitracin oint 500 unit/gm	74
bacitracin-polymyxin b oint 500-10000 unit/gm	74
baclofen tabs 10 mg	24
baclofen tabs 20 mg	24
BACTERIOSTATIC WATER(BENZ ALC) SOLN [water for inject, bacteriostatic benzyl alcohol]	71
BACTROBAN NASAL OINT 2 % [mupirocin calcium]	103
BAL IN OIL SOLN 100 MG/ML [dimercaprol]	81
balsalazide disodium caps 750 mg	78
BAQSIMI ONE PACK POWD 3 MG/DOSE [glucagon]	86
BAVENCIO SOLN 200 MG/10ML [avelumab]	16

BAYER BREEZE 2 BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT 2 SYSTEM [blood glucose monitoring supplies]	62
BD AUTOSHIELD DUO MISC 30G X 5 MM [insulin pen needle]	62
BD AUTOSHIELD MISC 29G X 5MM [insulin pen needle]	62
BD AUTOSHIELD MISC 29G X 8MM [insulin pen needle]	62
BD DISP NEEDLES MISC 30G X 1/2	62
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE MISC 27G X 5/8	62
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE MISC 28G X 1/2	62
BD INSULIN SYRINGE MISC 25G X 1.....	62
BD INSULIN SYRINGE MISC 25G X 5/8	62
BD INSULIN SYRINGE MISC 26G X 1/2	62
BD INSULIN SYRINGE MISC U-100 1 ML [insulin syringes (disposable)]	62
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT MISC 31G X 5/16.....	63
BD INSULIN SYRINGE U/F MISC 30G X 1/2	63
BD INSULIN SYRINGE U/F MISC 31G X 5/16	63
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE MISC 29G X 1/2	63
BD PEN NEEDLE NANO U/F MISC 32G X 4 MM [insulin pen needle]	63
BD PEN NEEDLE SHORT U/F MISC 31G X 8 MM [insulin pen needle]	63
BD SAFE CLIP NEEDLE CLIPPER MISC [misc. devices]	63
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT MISC 31G X 15/64.....	63
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F MISC 31G X 15/64	63, 64
BELEODAQ SOLR 500 MG [belinostat]	16
benazepril hcl tabs 10 mg	38
benazepril hcl tabs 20 mg	38
benazepril hcl tabs 40 mg	38
benazepril hcl tabs 5 mg	38

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

BENZOIC ACID POWD [<i>benzoic acid</i>].....	103	BIKTARVY TABS 50-200-25 MG [<i>bictegravir-emtricitabine-tenofovir alafenamide fumarate</i>].....	11
<i>benzonatate caps 100 mg</i>	98	BIO GLO STRP 1 MG [<i>fluorescein sodium topical</i>].....	77
<i>benzonatate caps 200 mg</i>	99	<i>bisoprolol fumarate tabs 10 mg</i>	33
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3 %</i>	103	<i>bisoprolol fumarate tabs 5 mg</i>	33
<i>benztropine mesylate soln 1 mg/ml</i>	50	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide tabs 10-6.25 mg</i>	33
<i>benztropine mesylate tabs 0.5 mg</i>	50	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide tabs 2.5-6.25 mg</i>	33
<i>benztropine mesylate tabs 1 mg</i>	50	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide tabs 5-6.25 mg</i>	34
<i>benztropine mesylate tabs 2 mg</i>	50	<i>bleomycin sulfate solr 15 unit</i>	17
BERINERT KIT 500 UNIT [<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>].....	26	<i>bleomycin sulfate solr 30 unit</i>	17
<i>betamethasone dipropionate aug crea 0.05 %</i>	104	BLEPHAMIDE SUSP 10-0.2 % [<i>sulfacetamide sod-prednisolone</i>].....	75
<i>betamethasone dipropionate aug gel 0.05 %</i>	104	BLINCYTO SOLR 35 MCG [<i>blinatumomab</i>].....	17
<i>betamethasone dipropionate aug lotn 0.05 %</i>	104	BORIC ACID TOPICAL POWD [<i>boric acid (bulk)</i>].....	95
<i>betamethasone dipropionate aug oint 0.05 %</i>	104	<i>bosentan tabs 125 mg</i>	39
<i>betamethasone dipropionate lotn 0.05 %</i>	104	<i>bosentan tabs 62.5 mg</i>	39
BETAMETHASONE DIPROPIONATE OINT 0.05 % [<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>].....	104	BOTOX SOLR 100 UNIT [<i>onabotulinumtoxinA</i>].....	95
<i>betamethasone sod phos & acet susp 6 (3-3) mg/ml</i>	82	BRAVELLE SOLR 75 UNIT [<i>urofollitropin purified</i>].....	89
BETAMETHASONE VALERATE CREA 0.1 % [<i>betamethasone valerate</i>].....	104	BREEZE 2 TEST DISK [<i>glucose blood</i>].....	64
BETAMETHASONE VALERATE LOTN 0.1 % [<i>betamethasone valerate</i>].....	104	BREVITAL SODIUM SOLR 500 MG [<i>methohexital sodium</i>].....	95
<i>betamethasone valerate oint 0.1 %</i>	104	BRILINTA TABS 60 MG [<i>ticagrelor</i>].....	27
<i>betaxolol hcl soln 0.5 %</i>	77	BRILINTA TABS 90 MG [<i>ticagrelor</i>].....	27
<i>bethanechol chloride tabs 10 mg</i>	23	<i>brimonidine tartrate soln 0.2 %</i>	77
<i>bethanechol chloride tabs 25 mg</i>	23	<i>bromocriptine mesylate caps 5 mg</i>	50
<i>bethanechol chloride tabs 5 mg</i>	23	<i>bromocriptine mesylate tabs 2.5 mg</i>	51
<i>bethanechol chloride tabs 50 mg</i>	24	<i>budesonide cpep 3 mg</i>	82
<i>bicalutamide tabs 50 mg</i>	16	<i>budesonide susp 0.25 mg/2ml</i>	98
BICILLIN L-A SUSP 1200000 UNIT/2ML [<i>penicillin g benzathine</i>].....	2	<i>budesonide susp 0.5 mg/2ml</i>	98
BICILLIN L-A SUSP 2400000 UNIT/4ML [<i>penicillin g benzathine</i>].....	2	<i>bumetanide tabs 0.5 mg</i>	70
BICILLIN L-A SUSP 600000 UNIT/ML [<i>penicillin g benzathine</i>].....	2	<i>bumetanide tabs 1 mg</i>	70
		<i>bumetanide tabs 2 mg</i>	70

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

BUPIVACAINE FISIOPHARMA SOLN 5 MG/ML [<i>bupivacaine hcl</i>]	95
<i>bupivacaine hcl (pf) soln 0.25 %</i>	95
<i>bupivacaine hcl (pf) soln 0.5 %</i>	95
<i>bupivacaine hcl (pf) soln 0.75 %</i>	95
<i>bupivacaine hcl soln 0.25 %</i>	95
<i>bupivacaine hcl soln 0.5 %</i>	95
<i>bupivacaine-epinephrine (pf) soln 0.25% -1 200000</i>	95
<i>bupivacaine-epinephrine (pf) soln 0.5% -1 200000</i>	95
<i>bupivacaine-epinephrine soln 0.25% -1 200000</i>	95
<i>bupivacaine-epinephrine soln 0.5% -1 200000</i>	95
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl subl 2-0.5 mg</i>	54
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl subl 8-2 mg</i>	54
<i>bupropion hcl er (smoking det) tb12 150 mg</i>	55
<i>bupropion hcl er (xl) tb24 150 mg</i>	55
<i>bupropion hcl er (xl) tb24 300 mg</i>	55
<i>bupropion hcl tabs 75 mg</i>	55
<i>bupirone hcl tabs 10 mg</i>	52
<i>bupirone hcl tabs 15 mg</i>	52
<i>bupirone hcl tabs 5 mg</i>	52
<i>bupirone hcl tabs 7.5 mg</i>	52
<i>butorphanol tartrate soln 1 mg/ml</i>	41
<i>butorphanol tartrate soln 2 mg/ml</i>	41

C

<i>cabergoline tabs 0.5 mg</i>	51
<i>calcipotriene soln 0.005 %</i>	107
<i>calcitonin (salmon) soln 200 unit/act</i>	89
<i>calcitriol caps 0.25 mcg</i>	109
<i>calcitriol caps 0.5 mcg</i>	109
<i>calcium acetate (phos binder) caps 667 mg</i>	71

<i>calcium acetate (phos binder) tabs 667 mg</i>	71
CALCIUM CHLORIDE SOLN 10 % [<i>calcium chloride (dihydrate)</i>].....	71
CALCIUM GLUCONATE SOLN 10 % [<i>calcium gluconate</i>].....	71
<i>capecitabine tabs 150 mg</i>	17
<i>capecitabine tabs 500 mg</i>	17
<i>captopril tabs 100 mg</i>	38
<i>captopril tabs 12.5 mg</i>	38
<i>captopril tabs 25 mg</i>	38
<i>captopril tabs 50 mg</i>	38
<i>carbamazepine chew 100 mg</i>	46
<i>carbamazepine er cp12 100 mg</i>	47
<i>carbamazepine er cp12 200 mg</i>	47
<i>carbamazepine er cp12 300 mg</i>	47
<i>carbamazepine er tb12 400 mg</i>	47
<i>carbamazepine susp 100 mg/5ml</i>	47
<i>carbamazepine tabs 200 mg</i>	47
<i>carbidopa-levodopa er tbcr 25-100 mg</i>	51
<i>carbidopa-levodopa er tbcr 50-200 mg</i>	51
<i>carbidopa-levodopa tabs 10-100 mg</i>	51
<i>carbidopa-levodopa tabs 25-100 mg</i>	51
<i>carbidopa-levodopa tabs 25-250 mg</i>	51
<i>carboplatin inj 150mg</i>	17
<i>carboplatin soln 600 mg/60ml</i>	17
CARIMUNE NF SOLR 12 GM [<i>immune globulin (human) iv</i>].....	101
CARIMUNE NF SOLR 6 GM [<i>immune globulin (human) iv</i>].....	101
<i>carmustine solr 100 mg</i>	17
CARNITOR SF SOLN 1 GM/10ML <i>[levocarnitine (metabolic modifiers)]</i>	95
CARNITOR SOLN 1 GM/10ML [<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>].....	95
CARNITOR SOLN 200 MG/ML [<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>].....	96
CARNITOR TABS 330 MG [<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>].....	96

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

CAROSPIR SUSP 25 MG/5ML <i>[spironolactone]</i>	71	<i>ceftriaxone sodium in dextrose soln 20 mg/ml</i>	3
<i>carvedilol tabs 12.5 mg</i>	34	<i>ceftriaxone sodium in dextrose soln 40 mg/ml</i>	3
<i>carvedilol tabs 25 mg</i>	34	<i>ceftriaxone sodium solr 1 gm</i>	3
<i>carvedilol tabs 3.125 mg</i>	34	<i>ceftriaxone sodium solr 10 gm</i>	3
<i>carvedilol tabs 6.25 mg</i>	34	<i>ceftriaxone sodium solr 2 gm</i>	3
<i>casprofungin acetate solr 50 mg</i>	8	<i>ceftriaxone sodium solr 250 mg</i>	3
<i>casprofungin acetate solr 70 mg</i>	8	<i>ceftriaxone sodium solr 500 mg</i>	4
CATHFLO ACTIVASE SOLR 2 MG <i>[alteplase]</i>	27	<i>cefuroxime axetil tabs 250 mg</i>	4
CAVERJECT SOLR 20 MCG <i>[alprostadil (vasodilator)]</i>	102	<i>cefuroxime axetil tabs 500 mg</i>	4
CAVERJECT SOLR 40 MCG <i>[alprostadil (vasodilator)]</i>	102	<i>cefuroxime sodium solr 1.5 gm</i>	4
CAYSTON SOLR 75 MG <i>[aztreonam lysine]</i>	99	<i>cefuroxime sodium solr 750 mg</i>	4
<i>cefazolin sodium solr 1 gm</i>	2	<i>celecoxib caps 100 mg</i>	41
<i>cefazolin sodium solr 10 gm</i>	3	<i>celecoxib caps 200 mg</i>	41
<i>cefazolin sodium solr 500 mg</i>	3	<i>celecoxib caps 400 mg</i>	41
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE SOLN 1-4 GM/50ML-% <i>[cefazolin sodium-dextrose]</i>	3	<i>celecoxib caps 50 mg</i>	41
<i>cefdinir caps 300 mg</i>	3	CELONTIN CAPS 300 MG <i>[methsuximide]</i>	47
<i>cefdinir susr 125 mg/5ml</i>	3	<i>cephalexin caps 250 mg</i>	4
<i>cefdinir susr 250 mg/5ml</i>	3	<i>cephalexin caps 500 mg</i>	4
<i>cefepime hcl solr 1 gm</i>	3	<i>cephalexin susr 125 mg/5ml</i>	4
<i>cefepime hcl solr 2 gm</i>	3	<i>cephalexin susr 250 mg/5ml</i>	4
<i>cefixime caps 400 mg</i>	3	CEQUA SOLN 0.09 % <i>[cyclosporine (ophth)]</i>	75
<i>cefixime susr 100 mg/5ml</i>	3	CEREZYME SOLR 400 UNIT <i>[imiglucerase]</i>	73
<i>cefotaxime sodium solr 2 gm</i>	3	CHANTIX TABS 1 MG <i>[varenicline tartrate]</i>	23
<i>cefotaxime sodium solr 500 mg</i>	3	CHEMET CAPS 100 MG <i>[succimer]</i>	81
<i>cefotetan disodium solr 1 gm</i>	3	CHEMSTRIP 2 STRP <i>[ph test]</i>	64
<i>cefotetan disodium solr 2 gm</i>	3	CHEMSTRIP K STRP <i>[acetone (urine) test]</i>	64
CEFOTETAN DISODIUM-DEXTROSE SOLR 1-3.58 GM-%(50ML) <i>[cefotetan disodium and dextrose]</i>	3	CHEMSTRIP MICRAL STRP <i>[albumin (urine) test]</i>	64
CEFOTETAN DISODIUM-DEXTROSE SOLR 2-2.08 GM-%(50ML) <i>[cefotetan disodium and dextrose]</i>	3	CHEMSTRIP UGK STRP <i>[urine glucose- ketones test]</i>	64
<i>cefpodoxime proxetil susr 100 mg/5ml</i>	3	CHERATUSSIN AC SYRP 100-10 MG/5ML <i>[guaifenesin-codeine]</i>	61
		<i>chlordiazepoxide hcl caps 10 mg</i>	52
		<i>chlordiazepoxide hcl caps 25 mg</i>	52
		<i>chlordiazepoxide hcl caps 5 mg</i>	52

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

CHLORDIAZEPOXIDE-CLIDINIUM CAPS 5-2.5 MG [<i>chlordiazepoxide hcl-clidinium bromide</i>]	80	<i>ciprofloxacin in d5w soln 400 mg/200ml</i>	4
<i>chlorhexidine gluconate soln 0.12 %</i>	74	<i>ciprofloxacin soln 200 mg/20ml</i>	4
<i>chloroquine phosphate tabs 250 mg</i>	10	<i>ciprofloxacin soln 400 mg/40ml</i>	4
<i>chloroquine phosphate tabs 500 mg</i>	10	<i>ciprofloxacin susr 500 mg/5ml (10%)</i>	4
<i>chlorothiazide tabs 250 mg</i>	70	<i>ciprofloxacin-dexamethasone susp 0.3-0.1 %</i>	75
<i>chlorothiazide tabs 500 mg</i>	70	<i>cisplatin soln 100 mg/100ml</i>	17
<i>chlorpromazine hcl soln 25 mg/ml</i>	55	<i>citalopram hydrobromide soln 10 mg/5ml</i>	55
<i>chlorpromazine hcl tabs 10 mg</i>	55	<i>citalopram hydrobromide tabs 10 mg</i>	55
<i>chlorpromazine hcl tabs 100 mg</i>	55	<i>citalopram hydrobromide tabs 20 mg</i>	56
<i>chlorpromazine hcl tabs 25 mg</i>	55	<i>citalopram hydrobromide tabs 40 mg</i>	56
<i>chlorpromazine hcl tabs 50 mg</i>	55	CLAFORAN INJ 1GM [<i>cefotaxime sodium</i>]	4
<i>chlorthalidone tabs 25 mg</i>	70	<i>clarithromycin susr 125 mg/5ml</i>	4
<i>chlorthalidone tabs 50 mg</i>	70	<i>clarithromycin susr 250 mg/5ml</i>	4
<i>cholestyramine light pack 4 gm</i>	32	<i>clarithromycin tabs 250 mg</i>	4
<i>cholestyramine light powd 4 gm/dose</i>	32	<i>clarithromycin tabs 500 mg</i>	4
<i>cholestyramine pack 4 gm</i>	32	CLIMARA PTWK 0.025 MG/24HR [<i>estradiol</i>]	87
<i>cholestyramine powd 4 gm/dose</i>	32	CLIMARA PTWK 0.0375 MG/24HR [<i>estradiol</i>]	87
CHOLINE-MAG TRISALICYLATE LIQD 500 MG/5ML [<i>choline & mag salicylate</i>]	42	CLIMARA PTWK 0.05 MG/24HR [<i>estradiol</i>]	87
CHROMIC CHLORIDE SOLN 40 MCG/10ML [<i>chromic chloride</i>]	72	CLIMARA PTWK 0.06 MG/24HR [<i>estradiol</i>]	88
<i>ciclopirox olamine crea 0.77 %</i>	104	CLIMARA PTWK 0.075 MG/24HR [<i>estradiol</i>]	88
CILOXAN OINT 0.3 % [<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>]	74	CLIMARA PTWK 0.1 MG/24HR [<i>estradiol</i>]	88
CIMDUO TABS 300-300 MG [<i>lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>]	11	<i>clindamycin hcl caps 150 mg</i>	5
<i>cimetidine hcl soln 300 mg/5ml</i>	79	<i>clindamycin hcl caps 300 mg</i>	5
<i>cinacalcet hcl tabs 30 mg</i>	96	<i>clindamycin hcl caps 75 mg</i>	5
<i>cinacalcet hcl tabs 60 mg</i>	96	<i>clindamycin palmitate hcl solr 75 mg/5ml</i>	5
<i>cinacalcet hcl tabs 90 mg</i>	96	<i>clindamycin phosphate crea 2 %</i>	103
CIPRO SUSR 250 MG/5ML (5%) [<i>ciprofloxacin</i>]	4	<i>clindamycin phosphate lotn 1 %</i>	103
<i>ciprofloxacin hcl soln 0.3 %</i>	74	<i>clindamycin phosphate soln 1 %</i>	103
<i>ciprofloxacin hcl tabs 100 mg</i>	4	CLINDAMYCIN PHOSPHATE SOLN 600 MG/4ML [<i>clindamycin phosphate</i>]	5
<i>ciprofloxacin hcl tabs 250 mg</i>	4	<i>clindamycin phosphate soln 9 gm/60ml</i>	5
<i>ciprofloxacin hcl tabs 500 mg</i>	4	CLINITEST TAB CHLD RES [<i>glucose urine test-(copper sulfite)</i>]	64
<i>ciprofloxacin hcl tabs 750 mg</i>	4	<i>clobazam susp 2.5 mg/ml</i>	47
<i>ciprofloxacin in d5w soln 200 mg/100ml</i>	4	<i>clobazam tabs 10 mg</i>	47
		<i>clobazam tabs 20 mg</i>	47

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

clobetasol propionate crea 0.05 %	104	CODEINE SULFATE TABS 60 MG [codeine sulfate]	42
clobetasol propionate emollient base crea 0.05 %	104	colchicine tabs 0.6 mg	92
clobetasol propionate gel 0.05 %	104	colesevelam hcl tabs 625 mg	32
clobetasol propionate oint 0.05 %	104	colestipol hcl gran 5 gm	32
CLOBETASOL PROPIONATE POWD		colestipol hcl pack 5 gm	32
[clobetasol propionate].....	104	colestipol hcl tabs 1 gm	32
clobetasol propionate sham 0.05 %	104	COLY-MYCIN S SUSP 3.3-3-10-0.5 MG/ML	
clobetasol propionate soln 0.05 %	105	[neomycin-colistin-hc-thonzonium].....	75
CLOBEX SHAM 0.05 % [clobetasol propionate]	105	COMBIVENT RESPIMAT AERS 20-100	
clomiphene citrate tabs 50 mg	89	MCG/ACT [ipratropium-albuterol]	99
clomipramine hcl caps 25 mg	56	COMPLERA TABS 200-25-300 MG	
clomipramine hcl caps 50 mg	56	[emtricitabine-rilpivirine-tenofovir disoproxil fumarate]	11
clomipramine hcl caps 75 mg	56	CONTOUR NEXT CONTROL SOLN LOW	
clonazepam tabs 0.5 mg	47	[blood glucose calibration]	64
clonazepam tabs 1 mg	52	CORDRAN TAPE 4 MCG/SQCM	
clonazepam tabs 2 mg	52	[flurandrenolide]	105
clonazepam tbdp 0.125 mg	47	cortisone acetate tabs 25 mg	82
clonazepam tbdp 0.25 mg	47	COSENTYX (300 MG DOSE) SOSY 150	
clonazepam tbdp 0.5 mg	47	MG/ML [secukinumab].....	107
clonazepam tbdp 1 mg	47	COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SOAJ	
clonazepam tbdp 2 mg	47	150 MG/ML [secukinumab].....	107
clonidine hcl tabs 0.1 mg	38	COTELLIC TABS 20 MG [cobimetinib fumarate]	17
clonidine hcl tabs 0.2 mg	38	CREON CPEP 12000-38000 UNIT	
clonidine hcl tabs 0.3 mg	38	[pancrelipase (lipase-protease-amylase)]	74
clopidogrel bisulfate tabs 75 mg	27	.....	74
clotrimazole troc 10 mg	103	CREON CPEP 24000-76000 UNIT	
clotrimazole-betamethasone crea 1-0.05 %	105	[pancrelipase (lipase-protease-amylase)]	74
clozapine tabs 100 mg	56	.....	74
clozapine tabs 200 mg	56	CREON CPEP 3000-9500 UNIT [pancrelipase (lipase-protease-amylase)]	74
clozapine tabs 25 mg	56	CREON CPEP 36000-114000 UNIT	
clozapine tabs 50 mg	56	[pancrelipase (lipase-protease-amylase)]	74
COCAINE HCL SOLN 10 % [cocaine hcl]....	77	.....	74
CODEINE SULFATE TABS 15 MG [codeine sulfate]	42	CREON CPEP 6000-19000 UNIT	
CODEINE SULFATE TABS 30 MG [codeine sulfate]	42	[pancrelipase (lipase-protease-amylase)]	74
		.....	74
		CRIXIVAN CAPS 200 MG [indinavir sulfate]	11
		.....	11

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

CRIXIVAN CAPS 400 MG [<i>indinavir sulfate</i>]	
.....	11
cromolyn sodium nebu 20 mg/2ml	99
cromolyn sodium soln 4 %	76
C-TOPICAL SOLN 4 % [<i>cocaine hcl</i>]	77
CUPRIC CHLORIDE SOLN 0.4 MG/ML [<i>cupric chloride</i>]	72
cyanocobalamin soln 1000 mcg/ml	109
cyclobenzaprine hcl tabs 10 mg	24
cyclopentolate hcl soln 0.5 %	78
cyclopentolate hcl soln 1 %	78
cyclopentolate hcl soln 2 %	78
CYCLOPHOSPHAMIDE CAPS 25 MG	
[<i>cyclophosphamide</i>]	17
CYCLOPHOSPHAMIDE CAPS 50 MG	
[<i>cyclophosphamide</i>]	17
cyclophosphamide solr 1 gm	17
cyclophosphamide solr 2 gm	17
cyclophosphamide solr 500 mg	17
cyproheptadine hcl syr 2 mg/5ml	16
cyproheptadine hcl tabs 4 mg	16
CYSTAGON CAPS 150 MG [<i>cysteamine bitartrate</i>]	96
CYSTAGON CAPS 50 MG [<i>cysteamine bitartrate</i>]	96
cytarabine (pf) soln 100 mg/ml	17
cytarabine soln 20 mg/ml	17
D	
dacarbazine solr 100 mg	17
dacarbazine solr 200 mg	17
dactinomycin solr 0.5 mg	17
dalfampridine er tb12 10 mg	53
danazol caps 100 mg	84
danazol caps 200 mg	84
danazol caps 50 mg	84
dantrolene sodium caps 100 mg	24
dantrolene sodium caps 25 mg	24
dantrolene sodium caps 50 mg	24
dapsone tabs 100 mg	9
dapsone tabs 25 mg	9
DARAPRIM TABS 25 MG [<i>pyrimethamine</i>] ..	10
daunorubicin hcl inj 20mg	17
daunorubicin hcl soln 20 mg/4ml	17
DECARA CAPS 1.25 MG (50000 UT)	
[<i>cholecalciferol</i>]	109
deferasirox tabs 360 mg	81
deferasirox tabs 90 mg	81
deferoxamine mesylate solr 500 mg	81
DEPEN TITRATABS TABS 250 MG	
[<i>penicillamine</i>]	81
DEPO-MEDROL SUSP 20 MG/ML	
[<i>methylprednisolone acetate</i>]	82
DEPO-MEDROL SUSP 80 MG/ML	
[<i>methylprednisolone acetate</i>]	82
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104	
MG/0.65ML [<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>]	90
DESCOVY TABS 200-25 MG [<i>emtricitabine-tenofovir alafenamide fumarate</i>]	12
desflurane soln	96
desipramine hcl tabs 10 mg	56
desipramine hcl tabs 100 mg	56
desipramine hcl tabs 150 mg	56
desipramine hcl tabs 25 mg	56
desipramine hcl tabs 50 mg	56
desipramine hcl tabs 75 mg	56
desmopressin ace spray refrig soln 0.01 %	89
DESMOPRESSIN ACETATE PF SOLN 4	
MCG/ML [<i>desmopressin acetate</i>]	89
DESMOPRESSIN ACETATE SOLN 4 MCG/ML	
[<i>desmopressin acetate</i>]	90
desmopressin acetate spray soln 0.01 % ..	90
DESMOPRESSIN ACETATE TABS 0.1 MG	
[<i>desmopressin acetate</i>]	90
DESMOPRESSIN ACETATE TABS 0.2 MG	
[<i>desmopressin acetate</i>]	90
desonide crea 0.05 %	105
desonide oint 0.05 %	105
desoximetasone crea 0.25 %	105

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

dexamethasone elix 0.5 mg/5ml	82	diazepam tabs 5 mg	52
dexamethasone sodium phosphate soln 0.1 %	75	diclofenac sodium gel 1 %	105
dexamethasone sodium phosphate soln 10 mg/ml	82	diclofenac sodium soln 0.1 %	75
dexamethasone sodium phosphate soln 20 mg/5ml	82	dicloxacillin sodium caps 250 mg	5
dexamethasone tabs 0.5 mg	82	dicloxacillin sodium caps 500 mg	5
dexamethasone tabs 0.75 mg	82	dicyclomine hcl caps 10 mg	23
dexamethasone tabs 1 mg	82	dicyclomine hcl soln 10 mg/5ml	23
dexamethasone tabs 1.5 mg	82	dicyclomine hcl soln 10 mg/ml	23
dexamethasone tabs 2 mg	82	dicyclomine hcl tabs 20 mg	23
dexamethasone tabs 4 mg	82	didanosine cpdr 200 mg	12
dexamethasone tabs 6 mg	82	didanosine cpdr 250 mg	12
dextroamphetamine sulfate er cp24 10 mg 45		didanosine cpdr 400 mg	12
dextroamphetamine sulfate er cp24 15 mg 45		DIFFERIN GEL 0.3 % [adapalene]	107
dextroamphetamine sulfate er cp24 5 mg . 46		DIGOXIN SOLN 0.05 MG/ML [digoxin]	36
dextroamphetamine sulfate tabs 10 mg	46	digoxin soln 0.25 mg/ml	36
dextroamphetamine sulfate tabs 5 mg	46	digoxin tabs 125 mcg	36
DEXTROSE IN LACTATED RINGERS SOLN 5 % [dextrose in lactated ringers]	72	digoxin tabs 250 mcg	36
DEXTROSE SOLN 10 % [dextrose]	69	dihydroergotamine mesylate soln 1 mg/ml 49	
DEXTROSE SOLN 5 % [dextrose]	69	dihydroergotamine mesylate soln 4 mg/ml 49	
DEXTROSE-NACL SOLN 5-0.2 % [dextrose w/ sodium chloride]	72	diltiazem hcl cp24 120 mg	35
DEXTROSE-NACL SOLN 5-0.45 % [dextrose w/ sodium chloride]	72	diltiazem hcl cp24 180 mg	35
DEXTROSE-NACL SOLN 5-0.9 % [dextrose w/ sodium chloride]	72	diltiazem hcl cp24 240 mg	35
DIASTAT ACUDIAL GEL 10 MG [diazepam (anticonvulsant)]	47	DILTIAZEM HCL POWD [diltiazem hcl (bulk)]	35
DIASTAT ACUDIAL GEL 20 MG [diazepam (anticonvulsant)]	47	diltiazem hcl soln 125 mg/25ml	35
DIASTAT PEDIATRIC GEL 2.5 MG [diazepam (anticonvulsant)]	47	diltiazem hcl tabs 120 mg	35
DIASTIX STRP [glucose urine test-(glucose oxidase)]	64	diltiazem hcl tabs 30 mg	35
diazepam soln 5 mg/ml	52	diltiazem hcl tabs 60 mg	35
diazepam tabs 10 mg	52	diltiazem hcl tabs 90 mg	35
diazepam tabs 2 mg	52	dimenhydrinate soln 50 mg/ml	78
		DIMETHYL FUMARATE CPDR 120 MG [dimethyl fumarate]	54
		DIMETHYL FUMARATE CPDR 240 MG [dimethyl fumarate]	54
		diphenhydramine hcl soln 50 mg/ml	16
		diphenoxylate-atropine liqd 2.5-0.025 mg/5ml	80
		diphenoxylate-atropine tabs 2.5-0.025 mg .80	
		dipyridamole tabs 25 mg	27
		dipyridamole tabs 50 mg	27

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

<i>dipyridamole tabs 75 mg</i>	27	<i>doxycycline monohydrate caps 50 mg</i>	5
<i>disopyramide phosphate caps 100 mg</i>	36	<i>doxycycline monohydrate susr 25 mg/5ml</i> ..	5
<i>disopyramide phosphate caps 150 mg</i>	37	<i>doxycycline monohydrate tabs 100 mg</i>	5
<i>disulfiram tabs 250 mg</i>	41	<i>doxycycline monohydrate tabs 50 mg</i>	5
<i>disulfiram tabs 500 mg</i>	41	DRITHO-CREME HP CREA 1 % [<i>anthralin</i>]	
<i>divalproex sodium csdr 125 mg</i>	47	.....	107
<i>divalproex sodium tbec 125 mg</i>	47	<i>dronabinol caps 10 mg</i>	78
<i>divalproex sodium tbec 250 mg</i>	47	<i>dronabinol caps 2.5 mg</i>	78
<i>divalproex sodium tbec 500 mg</i>	47	<i>dronabinol caps 5 mg</i>	78
DOCETAXEL CONC 80 MG/2ML [<i>docetaxel</i>]		<i>droperidol soln 2.5 mg/ml</i>	52
.....	17	DRYSOL SOLN 20 % [<i>aluminum chloride</i>]	107
DOFETILIDE CAPS 125 MCG [<i>dofetilide</i>]...	37	<i>duloxetine hcl cpep 20 mg</i>	56
DOFETILIDE CAPS 250 MCG [<i>dofetilide</i>]...	37	<i>duloxetine hcl cpep 30 mg</i>	56
DOFETILIDE CAPS 500 MCG [<i>dofetilide</i>]...	37	<i>duloxetine hcl cpep 60 mg</i>	56
<i>donepezil hcl tabs 10 mg</i>	24	DUPIXENT SOPN 300 MG/2ML [<i>dupilumab</i>]	
<i>donepezil hcl tabs 5 mg</i>	24	.....	107
DOPAMINE HCL SOLN 40 MG/ML [<i>dopamine</i>		DUPIXENT SOSY 200 MG/1.14ML	
<i>hcl</i>].....	37	<i>[dupilumab]</i>	105
<i>dorzolamide hcl soln 2 %</i>	77	DUPIXENT SOSY 300 MG/2ML [<i>dupilumab</i>]	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal soln 22.3-6.8</i>		.....	108
<i>mg/ml</i>	77	DYRENIUM CAPS 100 MG [<i>triamterene</i>].....	70
DOVATO TABS 50-300 MG [<i>dolutegravir</i>		DYRENIUM CAPS 50 MG [<i>triamterene</i>].....	70
<i>sodium-lamivudine</i>]	12		
<i>doxazosin mesylate tabs 1 mg</i>	31		
<i>doxazosin mesylate tabs 2 mg</i>	31		
<i>doxazosin mesylate tabs 4 mg</i>	31		
<i>doxazosin mesylate tabs 8 mg</i>	31		
<i>doxepin hcl caps 10 mg</i>	56		
<i>doxepin hcl caps 100 mg</i>	56		
<i>doxepin hcl caps 150 mg</i>	56		
<i>doxepin hcl caps 25 mg</i>	56		
<i>doxepin hcl caps 50 mg</i>	56		
<i>doxepin hcl caps 75 mg</i>	56		
<i>doxepin hcl conc 10 mg/ml</i>	56		
DOXORUBICIN HCL SOLN 2 MG/ML			
<i>[doxorubicin hcl]</i>	17		
<i>doxorubicin hcl solr 10 mg</i>	16		
<i>doxorubicin hcl solr 50 mg</i>	17		
<i>doxycycline hyclate tabs 20 mg</i>	5		
<i>doxycycline monohydrate caps 100 mg</i>	5		

E

EASY TOUCH INSULIN SYRINGE MISC 27G	
X 1/2.....	64
EASY TOUCH PEN NEEDLES MISC 32G X 5	
MM [<i>insulin pen needle</i>].....	64
EDEX KIT 10 MCG [<i>alprostadil (vasodilator)</i>]	
.....	102
EDEX KIT 20 MCG [<i>alprostadil (vasodilator)</i>]	
.....	102
EDEX KIT 40 MCG [<i>alprostadil (vasodilator)</i>]	
.....	102
EDURANT TABS 25 MG [<i>rilpivirine hcl</i>]	12
EEMT HS TABS 0.625-1.25 MG [<i>esterified</i>	
<i>estrogens & methyltestosterone</i>].....	88
EEMT TABS 1.25-2.5 MG [<i>esterified</i>	
<i>estrogens & methyltestosterone</i>].....	88
<i>efavirenz caps 200 mg</i>	12

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

efavirenz caps 50 mg	12	EPINEPHRINE SOLN 30 MG/30ML	
efavirenz tabs 600 mg	12	[epinephrine]	25
eletriptan hydrobromide tabs 20 mg	49	EPINEPHRINE SOSY 1 MG/10ML	
eletriptan hydrobromide tabs 40 mg	49	[epinephrine]	25
ELLA TABS 30 MG [ulipristal acetate]	85	EPINEPHRINESNAP-V KIT 1 MG/ML	
ELMIRON CAPS 100 MG [pentosan		[epinephrine (anaphylaxis)]	25
polysulfate sodium]	96	EPIPEN 2-PAK SOAJ 0.3 MG/0.3ML	
EMCYT CAPS 140 MG [estramustine		[epinephrine (anaphylaxis)]	25
phosphate sodium]	17	EPIPEN JR 2-PAK SOAJ 0.15 MG/0.3ML	
emtricitabine-tenofovir df tabs 200-300 mg	12	[epinephrine (anaphylaxis)]	25
EMTRIVA CAPS 200 MG [emtricitabine]	12	EPIVIR HBV SOLN 5 MG/ML [lamivudine	
ENBREL SOLR 25 MG [etanercept]	93	(hbv)]	12
ENBREL SOSY 25 MG/0.5ML [etanercept] .	93	epoprostenol sodium solr 0.5 mg	39
ENBREL SOSY 50 MG/ML [etanercept]	93	epoprostenol sodium solr 1.5 mg	39
ENBREL SURECLICK SOAJ 50 MG/ML		ERBITUX SOLN 100 MG/50ML [cetuximab]	18
[etanercept]	93	ergoloid mesylates tabs 1 mg	25
enoxaparin sodium soln 100 mg/ml	27	ergotamine-caffeine tabs 1-100 mg	50
enoxaparin sodium soln 120 mg/0.8ml	27	erlotinib hcl tabs 100 mg	18
enoxaparin sodium soln 150 mg/ml	27	erlotinib hcl tabs 150 mg	18
enoxaparin sodium soln 30 mg/0.3ml	27	erlotinib hcl tabs 25 mg	18
enoxaparin sodium soln 40 mg/0.4ml	27	ERTAPENEM SODIUM SOLR 1 GM	
enoxaparin sodium soln 60 mg/0.6ml	27	[ertapenem sodium]	5
enoxaparin sodium soln 80 mg/0.8ml	28	ERYPED 200 SUSR 200 MG/5ML	
ENTACAPONE TABS 200 MG [entacapone]	51	[erythromycin ethylsuccinate]	5
entecavir tabs 0.5 mg	12	ERYPED 400 SUSR 400 MG/5ML	
entecavir tabs 1 mg	12	[erythromycin ethylsuccinate]	5
ENTRESTO TABS 24-26 MG [sacubitril-		ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500	
valsartan]	32	MG [erythromycin lactobionate]	5
ENTRESTO TABS 49-51 MG [sacubitril-		erythromycin base cpep 250 mg	5
valsartan]	32	erythromycin gel 2 %	103
ENTRESTO TABS 97-103 MG [sacubitril-		erythromycin oint 5 mg/gm	74
valsartan]	32	erythromycin soln 2 %	103
EPCLUSA TABS 400-100 MG [sofosbuvir-		ESBRIET CAPS 267 MG [pirfenidone]	99
velpatasvir]	12	ESBRIET TABS 267 MG [pirfenidone]	99
ephedrine sulfate inj 50mg/ml	25	ESBRIET TABS 801 MG [pirfenidone]	99
EPHEDRINE SULFATE SOLN 50 MG/ML		escitalopram oxalate tabs 10 mg	56
[ephedrine sulfate (pressors)]	25	escitalopram oxalate tabs 20 mg	57
EPINEPHRINE PF SOLN 1 MG/ML		escitalopram oxalate tabs 5 mg	57
[epinephrine]	25	estradiol crea 0.1 mg/gm	88
epinephrine soaj 0.15 mg/0.15ml	25	estradiol ptwk 0.025 mg/24hr	88

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

estradiol ptwk 0.0375 mg/24hr	88
estradiol ptwk 0.05 mg/24hr	88
estradiol ptwk 0.06 mg/24hr	88
estradiol ptwk 0.075 mg/24hr	88
estradiol ptwk 0.1 mg/24hr	88
estradiol tabs 0.5 mg	88
estradiol tabs 1 mg	88
estradiol tabs 2 mg	88
estradiol valerate oil 20 mg/ml	88
estradiol valerate oil 40 mg/ml	88
estropipate tabs 0.75 mg	88
estropipate tabs 1.5 mg	88
estropipate tabs 3 mg	88
ethacrynate sodium solr 50 mg	70
ethambutol hcl tabs 100 mg	9
ethambutol hcl tabs 400 mg	9
ethosuximide caps 250 mg	47
ethosuximide soln 250 mg/5ml	48
ETHYL CHLORIDE AERO [ethyl chloride] 108	
ethynodiol diac-eth estradiol tabs 1-50 mg- mcg	85
ETHYOL SOLR 500 MG [amifostine]	96
etidronate disodium tabs 200 mg	92
etidronate disodium tabs 400 mg	92
etodolac caps 200 mg	42
etodolac caps 300 mg	42
etodolac tabs 400 mg	42
etodolac tabs 500 mg	42
etonogestrel-ethinyl estradiol ring 0.12- 0.015 mg/24hr	85
etoposide caps 50 mg	18
everolimus tabs 2.5 mg	18
everolimus tabs 5 mg	18
everolimus tabs 7.5 mg	18
exemestane tabs 25 mg	18
EXTAVIA KIT 0.3 MG [interferon beta-1b] ... 54	
EYLEA SOLN 2 MG/0.05ML [aflibercept] 77	
ezetimibe tabs 10 mg	32

F

famciclovir tabs 125 mg	12
famciclovir tabs 250 mg	12
famciclovir tabs 500 mg	12
famotidine premixed soln 20-0.9 mg/50ml-%	79
famotidine soln 20 mg/2ml	79
famotidine soln 40 mg/4ml	79
famotidine susr 40 mg/5ml	79
FASENRA PEN SOAJ 30 MG/ML [benralizumab]	100
febuxostat tabs 40 mg	92
febuxostat tabs 80 mg	92
felbamate susp 600 mg/5ml	48
felbamate tabs 400 mg	48
felbamate tabs 600 mg	48
felodipine er tb24 10 mg	36
felodipine er tb24 2.5 mg	36
felodipine er tb24 5 mg	36
fenofibrate tabs 160 mg	32
fenofibrate tabs 54 mg	32
FENTANYL CITRATE (PF) SOLN 1000 MCG/20ML [fentanyl citrate]	42
fentanyl pt72 100 mcg/hr	42
fentanyl pt72 12 mcg/hr	42
fentanyl pt72 25 mcg/hr	42
fentanyl pt72 50 mcg/hr	42
fentanyl pt72 75 mcg/hr	42
finasteride tabs 5 mg	23
FIRVANQ SOLR 25 MG/ML [vancomycin hcl]	6
FIRVANQ SOLR 50 MG/ML [vancomycin hcl]	6
flecainide acetate tabs 100 mg	37
flecainide acetate tabs 150 mg	37
flecainide acetate tabs 50 mg	37
FLOVENT HFA AERO 44 MCG/ACT [fluticasone propionate hfa]	98
FLUCAINE SOLN 0.25-0.5 % [fluorescein w/ proparacaine]	77

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

fluconazole in nacl inj nacl 400	8	fluphenazine hcl elix 2.5 mg/5ml	57
fluconazole in sodium chloride soln 200-0.9 mg/100ml-%	8	fluphenazine hcl tabs 1 mg	57
fluconazole in sodium chloride soln 400-0.9 mg/200ml-%	8	fluphenazine hcl tabs 10 mg	57
fluconazole susr 10 mg/ml	9	fluphenazine hcl tabs 2.5 mg	57
fluconazole susr 40 mg/ml	9	fluphenazine hcl tabs 5 mg	57
fluconazole tabs 100 mg	9	flurbiprofen sodium soln 0.03 %	75
fluconazole tabs 150 mg	9	flutamide caps 125 mg	18
fluconazole tabs 200 mg	9	fluvoxamine maleate tabs 100 mg	57
fluconazole tabs 50 mg	9	fluvoxamine maleate tabs 25 mg	57
flucytosine caps 250 mg	9	fluvoxamine maleate tabs 50 mg	57
flucytosine caps 500 mg	9	FML FORTE SUSP 0.25 % [fluorometholone (ophth)]	75
fludarabine phosphate soln 50 mg/2ml	18	FML OINT 0.1 % [fluorometholone (ophth)]	75
fludarabine phosphate solr 50 mg	18	folic acid soln 5 mg/ml	109
fludrocortisone acetate tabs 0.1 mg	82	folic acid tabs 1 mg	109
flumazenil soln 0.5 mg/5ml	81	fondaparinux sodium soln 10 mg/0.8ml	28
fluocinolone acetonide body oil 0.01 % ...	105	fondaparinux sodium soln 2.5 mg/0.5ml	28
fluocinolone acetonide crea 0.01 %	105	fondaparinux sodium soln 5 mg/0.4ml	28
fluocinolone acetonide crea 0.025 %	105	fondaparinux sodium soln 7.5 mg/0.6ml	28
fluocinolone acetonide oint 0.025 %	105	FORA D15G 2-IN-1 MONITOR DEVI [blood glucose monitor & blood pressure monitor]	64
fluocinolone acetonide scalp oil 0.01 % ...	105	fosamprenavir calcium tabs 700 mg	12
fluocinolone acetonide soln 0.01 %	105	fosaprepitant dimeglumine solr 150 mg	78
fluocinonide crea 0.05 %	105	FOSCAVIR SOLN 6000 MG/250ML [foscarnet sodium]	12
fluocinonide emulsified base crea 0.05 %	105	FREESTYLE CONTROL SOLUTION LIQD [blood glucose calibration]	64
fluocinonide gel 0.05 %	105	FREESTYLE PRECISION INS SYR MISC 30G X 5/16	64
fluocinonide oint 0.05 %	105	furosemide soln 10 mg/ml	70
fluocinonide soln 0.05 %	105	furosemide tabs 20 mg	70
fluorometholone susp 0.1 %	75	furosemide tabs 40 mg	70
fluorouracil crea 5 %	108	furosemide tabs 80 mg	70
fluorouracil soln 1 gm/20ml	18		
fluorouracil soln 2 %	108		
fluorouracil soln 5 %	108		
fluorouracil soln 5 gm/100ml	18		
fluorouracil soln 500 mg/10ml	18		
fluoxetine hcl caps 10 mg	57		
fluoxetine hcl caps 20 mg	57		
fluoxetine hcl soln 20 mg/5ml	57		
fluphenazine decanoate soln 25 mg/ml	57		
fluphenazine hcl conc 5 mg/ml	57		

G

gabapentin caps 100 mg	48
gabapentin caps 300 mg	48
gabapentin caps 400 mg	48
gabapentin tabs 600 mg	48

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

<i>gabapentin tabs 800 mg</i>	48	GLEOSTINE CAPS 10 MG [<i>lomustine</i>]	18
<i>galantamine hydrobromide er cp24 16 mg</i>	24	GLEOSTINE CAPS 100 MG [<i>lomustine</i>]	18
<i>galantamine hydrobromide er cp24 24 mg</i>	24	GLEOSTINE CAPS 40 MG [<i>lomustine</i>]	18
<i>galantamine hydrobromide er cp24 8 mg</i> ..	24	<i>glimepiride tabs 1 mg</i>	86
<i>galantamine hydrobromide tabs 12 mg</i>	24	<i>glimepiride tabs 2 mg</i>	86
<i>galantamine hydrobromide tabs 4 mg</i>	24	<i>glimepiride tabs 4 mg</i>	86
<i>galantamine hydrobromide tabs 8 mg</i>	24	<i>glipizide tabs 10 mg</i>	86
GAMUNEX-C SOLN 1 GM/10ML [<i>immune</i>		<i>glipizide tabs 5 mg</i>	86
<i>globulin (human) iv or subcutaneous</i>].	101	<i>glucagon emergency kit 1 mg</i>	86
GAMUNEX-C SOLN 10 GM/100ML [<i>immune</i>		<i>glyburide tabs 1.25 mg</i>	86
<i>globulin (human) iv or subcutaneous</i>].	101	<i>glyburide tabs 2.5 mg</i>	86
GAMUNEX-C SOLN 2.5 GM/25ML [<i>immune</i>		<i>glyburide tabs 5 mg</i>	86
<i>globulin (human) iv or subcutaneous</i>].	101	GLYCOPYRROLATE POWD [<i>glycopyrrolate</i>	
GAMUNEX-C SOLN 20 GM/200ML [<i>immune</i>		<i>(bulk)</i>].....	108
<i>globulin (human) iv or subcutaneous</i>].	101	<i>glycopyrrolate soln 4 mg/20ml</i>	23
GAMUNEX-C SOLN 5 GM/50ML [<i>immune</i>		<i>glycopyrrolate tabs 1 mg</i>	23
<i>globulin (human) iv or subcutaneous</i>].	101	<i>glycopyrrolate tabs 2 mg</i>	23
<i>ganciclovir sodium solr 500 mg</i>	12	GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE MISC	
<i>gatifloxacin soln 0.5 %</i>	74	29G X 1/2	64
GELFILM FILM [<i>gelatin absorbable</i>]	96	GOLYTELY SOLR 236 GM [<i>peg 3350-kcl-sod</i>	
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 MISC		<i>bicarb-sod chloride-sod sulfate</i>]	80
<i>[gelatin absorbable]</i>	96	GONAL-F RFF REDIJECT SOLN 300	
GELFOAM SPONGE MISC 12-7 MM [<i>gelatin</i>		UNIT/0.5ML [<i>follitropin alfa</i>]	89
<i>absorbable</i>]	96	GONAL-F RFF REDIJECT SOLN 450	
GELFOAM SPONGE SIZE 100 MISC [<i>gelatin</i>		UNT/0.75ML [<i>follitropin alfa</i>]	89
<i>absorbable</i>]	96	GONAL-F RFF REDIJECT SOLN 900	
GELFOAM SPONGE SIZE 50 MISC [<i>gelatin</i>		UNIT/1.5ML [<i>follitropin alfa</i>]	89
<i>absorbable</i>]	96	GONAL-F RFF SOLR 75 UNIT [<i>follitropin</i>	
<i>gemcitabine hcl solr 1 gm</i>	18	<i>alfa</i>].....	89
<i>gemcitabine hcl solr 200 mg</i>	18	GONAL-F SOLR 1050 UNIT [<i>follitropin alfa</i>]	89
<i>gemfibrozil tabs 600 mg</i>	32	GONAL-F SOLR 450 UNIT [<i>follitropin alfa</i>].	89
<i>gentamicin sulfate crea 0.1 %</i>	103	GRANULEX AER [<i>trypsin w/ castor oil &</i>	
<i>gentamicin sulfate oint 0.1 %</i>	103	<i>peruvian balsam</i>]	108
<i>gentamicin sulfate soln 0.3 %</i>	74	<i>griseofulvin microsize susp 125 mg/5ml</i>	9
<i>gentamicin sulfate soln 10 mg/ml</i>	6	<i>griseofulvin microsize tabs 500 mg</i>	9
<i>gentamicin sulfate soln 40 mg/ml</i>	6	<i>griseofulvin ultramicrosize tabs 125 mg</i>	9
GENVOYA TABS 150-150-200-10 MG		<i>griseofulvin ultramicrosize tabs 250 mg</i>	9
<i>[elvitegravir-cobicistat-emtricitabine-</i>		<i>guanfacine hcl er tb24 1 mg</i>	46
<i>tenofovir alafenamide]</i>	12	<i>guanfacine hcl er tb24 2 mg</i>	46
GILENYA CAPS 0.5 MG [<i>fingolimod hcl</i>]	54	<i>guanfacine hcl er tb24 3 mg</i>	46

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

guanfacine hcl er tb24 4 mg	46
guanfacine hcl tabs 1 mg	38
guanfacine hcl tabs 2 mg	38

H

halobetasol propionate crea 0.05 %	105
halobetasol propionate oint 0.05 %	105
haloperidol decanoate soln 100 mg/ml	57
haloperidol decanoate soln 50 mg/ml	57
haloperidol lactate conc 2 mg/ml	57
haloperidol lactate soln 5 mg/ml	57
haloperidol tabs 0.5 mg	57
haloperidol tabs 1 mg	57
haloperidol tabs 10 mg	57
haloperidol tabs 2 mg	57
haloperidol tabs 20 mg	57
haloperidol tabs 5 mg	57
HARVONI TABS 90-400 MG [ledipasvir- sofosbuvir]	12
HEALON GV SOLN 14 MG/ML [sodium hyaluronate]	77
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP MISC 29G X 12MM [insulin pen needle]	65
HELIXATE FS KIT 1000 UNIT [antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)]	28
HELIXATE FS KIT 250 UNIT [antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)]	28
HELIXATE FS KIT 3000 UNIT [antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)]	28
HELIXATE FS KIT 500 UNIT [antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)]	28
HEMABATE SOLN 250 MCG/ML [carboprost tromethamine]	97
HEMOFIL M SOLR 1000 UNIT [antihemophilic factor (human)]	28
HEPARIN LOCK FLUSH SOLN 10 UNIT/ML [heparin sodium (porcine) lock flush]	28
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W SOLN 25000-5 UT/500ML-% [heparin sod (porcine) in d5w]	28

heparin sodium (porcine) pf soln 5000 unit/0.5ml	28
HEPARIN SODIUM (PORCINE) SOLN 1000 UNIT/ML [heparin sodium (porcine)]	28
HEPARIN SODIUM (PORCINE) SOLN 10000 UNIT/ML [heparin sodium (porcine)]	28
HEPARIN SODIUM (PORCINE) SOLN 20000 UNIT/ML [heparin sodium (porcine)]	28
heparin sodium (porcine) soln 5000 unit/ml	28
HEPARIN SODIUM LOCK FLUSH SOLN 100 UNIT/ML [heparin sodium (porcine) lock flush]	28
hetastarch-nacl soln 6-0.9 %	29
HEXALEN CAPS 50 MG [altretamine]	18
HIZENTRA SOLN 1 GM/5ML [immune globulin (human) subcutaneous]	101
HIZENTRA SOLN 10 GM/50ML [immune globulin (human) subcutaneous]	101
HIZENTRA SOLN 2 GM/10ML [immune globulin (human) subcutaneous]	101
HIZENTRA SOLN 4 GM/20ML [immune globulin (human) subcutaneous]	101
HOMATROPINE HBR SOLN 5 % [homatropine hbr]	78
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML [insulin lispro]	86
HUMALOG KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML [insulin lispro]	86
HUMALOG SOCT 100 UNIT/ML [insulin lispro]	86
HUMALOG SOLN 100 UNIT/ML [insulin lispro]	86
HUMATE-P SOLR 1000-2400 UNIT [antihemophilic factor/von willebrand factor complex (human)]	29
HUMATE-P SOLR 250-600 UNIT [antihemophilic factor/von willebrand factor complex (human)]	29

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

HUMATE-P SOLR 500-1200 UNIT [antihemophilic factor/von willebrand factor complex (human)]	29	hydrochlorothiazide caps 12.5 mg	70
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START PSKT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML [adalimumab]	93	hydrochlorothiazide tabs 12.5 mg	70
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START PSKT 80 MG/0.8ML [adalimumab]	93	hydrochlorothiazide tabs 25 mg	70
HUMIRA PEN PNKT 40 MG/0.4ML [adalimumab]	93	hydrochlorothiazide tabs 50 mg	70
HUMIRA PEN PNKT 40 MG/0.8ML [adalimumab]	93	hydrocod polst-cpm polst er suer 10-8 mg/5ml	61
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER PNKT 40 MG/0.8ML [adalimumab]	93	hydrocodone w/ homatropine syrp 5-1.5 mg/5ml	61
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER PNKT 80 MG/0.8ML [adalimumab]	93	hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml	42
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START PNKT 40 MG/0.8ML [adalimumab]	93	hydrocodone-acetaminophen tabs 10-325 mg	42
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER PNKT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML [adalimumab]	93	hydrocodone-acetaminophen tabs 5-325 mg	42
HUMIRA PSKT 10 MG/0.1ML [adalimumab]	93	hydrocodone-acetaminophen tabs 7.5-325 mg	42
HUMIRA PSKT 20 MG/0.2ML [adalimumab]	93	HYDROCORTISONE ACETATE SUPP 25 MG [hydrocortisone acetate (rectal)]	105
HUMIRA PSKT 40 MG/0.4ML [adalimumab]	93	hydrocortisone butyr lipo base crea 0.1 %	105
HUMIRA PSKT 40 MG/0.8ML [adalimumab]	93	hydrocortisone butyrate crea 0.1 %	106
HUMULIN 70/30 SUSP (70-30) 100 UNIT/ML [insulin nph isophane & reg (human)]	86	hydrocortisone butyrate oint 0.1 %	106
HUMULIN N KWIKPEN SUPN 100 UNIT/ML [insulin nph (human) (isophane)]	87	hydrocortisone butyrate soln 0.1 %	106
HUMULIN N SUSP 100 UNIT/ML [insulin nph (human) (isophane)]	87	hydrocortisone crea 2.5 %	106
HUMULIN R SOLN 100 UNIT/ML [insulin regular (human)]	87	hydrocortisone lotn 2.5 %	106
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SOLN 500 UNIT/ML [insulin regular (human)] ...	87	HYDROCORTISONE MICRONIZED POWD [hydrocortisone micronized]	106
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500 UNIT/ML [insulin regular (human)]	87	hydrocortisone oint 2.5 %	106
hydralazine hcl tabs 10 mg	38	hydrocortisone tabs 10 mg	83
hydralazine hcl tabs 100 mg	38	hydrocortisone tabs 20 mg	83
hydralazine hcl tabs 25 mg	38	hydrocortisone tabs 5 mg	83
hydralazine hcl tabs 50 mg	38	HYDROCORTISONE-ACETIC ACID SOLN 1-2 % [hydrocortisone w/acetic acid]	75
		HYDROCORTISONE-iodoquinol CREA 1-1 % [iodoquinol-hc]	103
		hydromorphone hcl liqd 1 mg/ml	42
		hydromorphone hcl pf soln 10 mg/ml	42
		HYDROMORPHONE HCL SOLN 1 MG/ML [hydromorphone hcl]	42
		HYDROMORPHONE HCL SOLN 2 MG/ML [hydromorphone hcl]	42

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

HYDROMORPHONE HCL SOLN 4 MG/ML <i>[hydromorphone hcl]</i>	42	<i>idarubicin hcl soln 20 mg/20ml</i>	19
HYDROMORPHONE HCL SUPP 3 MG <i>[hydromorphone hcl]</i>	43	IFOSFAMIDE SOLR 1 GM <i>[ifosfamide]</i>	19
<i>hydromorphone hcl tabs 2 mg</i>	43	IFOSFAMIDE SOLR 3 GM <i>[ifosfamide]</i>	19
<i>hydromorphone hcl tabs 4 mg</i>	43	<i>ifosfamide/mesna kit mesna</i>	19
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200 mg</i> ..	10	<i>imatinib mesylate tabs 100 mg</i>	19
<i>hydroxyurea caps 500 mg</i>	18	<i>imatinib mesylate tabs 400 mg</i>	19
<i>hydroxyzine hcl soln 50 mg/ml</i>	52	IMBRUVICA CAPS 140 MG <i>[ibrutinib]</i>	19
<i>hydroxyzine hcl syrp 10 mg/5ml</i>	52	IMBRUVICA CAPS 70 MG <i>[ibrutinib]</i>	19
<i>hydroxyzine hcl tabs 10 mg</i>	52	IMBRUVICA TABS 140 MG <i>[ibrutinib]</i>	19
<i>hydroxyzine hcl tabs 25 mg</i>	52	IMBRUVICA TABS 280 MG <i>[ibrutinib]</i>	19
<i>hydroxyzine hcl tabs 50 mg</i>	52	IMBRUVICA TABS 420 MG <i>[ibrutinib]</i>	19
HYPERRHO S/D SOSY 1500 UNIT <i>[rho d</i> <i>immune globulin (human)]</i>	101	IMBRUVICA TABS 560 MG <i>[ibrutinib]</i>	19
HYPERTET S/D INJ 250 UNIT/ML <i>[tetanus</i> <i>immune globulin (human)]</i>	96	IMFINZI SOLN 120 MG/2.4ML <i>[durvalumab]</i>	19
HYQVIA KIT 10 GM/100ML <i>[immune globulin</i> <i>(human)-hyaluronidase (human</i> <i>recombinant)]</i>	101	IMFINZI SOLN 500 MG/10ML <i>[durvalumab]</i>	19
HYQVIA KIT 2.5 GM/25ML <i>[immune globulin</i> <i>(human)-hyaluronidase (human</i> <i>recombinant)]</i>	102	<i>imipenem-cilastatin solr 250 mg</i>	6
HYQVIA KIT 20 GM/200ML <i>[immune globulin</i> <i>(human)-hyaluronidase (human</i> <i>recombinant)]</i>	102	<i>imipenem-cilastatin solr 500 mg</i>	6
HYQVIA KIT 30 GM/300ML <i>[immune globulin</i> <i>(human)-hyaluronidase (human</i> <i>recombinant)]</i>	102	<i>imipramine hcl tabs 10 mg</i>	57
HYQVIA KIT 5 GM/50ML <i>[immune globulin</i> <i>(human)-hyaluronidase (human</i> <i>recombinant)]</i>	102	<i>imipramine hcl tabs 25 mg</i>	58
		<i>imipramine hcl tabs 50 mg</i>	58
		<i>imiquimod crea 5 %</i>	108
		IMOGAM RABIES-HT SOLN 300 UNIT/2ML <i>[rabies immune globulin (human)]</i>	102
		INDOMETHACIN CAPS 25 MG <i>[indomethacin]</i>	43
		<i>indomethacin caps 50 mg</i>	43
		<i>indomethacin er cpcr 75 mg</i>	43
		INDOMETHACIN SODIUM SOLR 1 MG <i>[indomethacin sodium]</i>	43
		INFED SOLN 50 MG/ML <i>[iron dextran]</i>	109
		INFLECTRA SOLR 100 MG <i>[infliximab-dyyb]</i>	93
		INFUVITE ADULT INJ <i>[multiple vitamin]</i> ..	109
		INPEN 100-BLUE-LILLY DEVI <i>[injection</i> <i>device for insulin]</i>	65
		INSULIN SYRINGE MISC 29G X 1	65
		INSULIN SYRINGE MISC 29G X 1/2.....	65
		INSULIN SYRINGE MISC 30G X 5/16.....	65
		INSUPEN SENSITIVE MISC 32G X 8 MM <i>[insulin pen needle]</i>	65
		INTELENCE TABS 100 MG <i>[etravirine]</i>	12
IBRANCE CAPS 100 MG <i>[palbociclib]</i>	18		
IBRANCE CAPS 125 MG <i>[palbociclib]</i>	18		
IBRANCE CAPS 75 MG <i>[palbociclib]</i>	18		
IBRANCE TABS 100 MG <i>[palbociclib]</i>	18		
IBRANCE TABS 125 MG <i>[palbociclib]</i>	19		
IBRANCE TABS 75 MG <i>[palbociclib]</i>	19		
<i>icatibant acetate soln 30 mg/3ml</i>	26		

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

INTELENCE TABS 200 MG [etravirine]	13
INTELENCE TABS 25 MG [etravirine]	13
INTRON A SOLN 10000000 UNIT/ML [interferon alfa-2b]	19
INTRON A SOLN 6000000 UNIT/ML [interferon alfa-2b]	19
INTRON A SOLR 10000000 UNIT [interferon alfa-2b]	19
INTRON A SOLR 18000000 UNIT [interferon alfa-2b]	19
INTRON A SOLR 50000000 UNIT [interferon alfa-2b]	19
INVIRASE CAPS 200 MG [saquinavir mesylate]	13
INVIRASE TABS 500 MG [saquinavir mesylate]	13
ipratropium bromide soln 0.02 %	100
ipratropium bromide soln 0.03 %	100
ipratropium-albuterol soln 0.5-2.5 (3) mg/3ml	25
IRESSA TABS 250 MG [gefitinib]	19
ISENTRESS TABS 400 MG [raltegravir potassium]	13
isoflurane soln	96
isoniazid syrp 50 mg/5ml	10
isoniazid tabs 100 mg	10
isoniazid tabs 300 mg	10
ISORDIL TITRADOSE TABS 40 MG [isosorbide dinitrate]	40
isosorbide dinitrate er tbc 40 mg	40
isosorbide dinitrate tabs 10 mg	40
isosorbide dinitrate tabs 20 mg	40
isosorbide dinitrate tabs 30 mg	40
isosorbide dinitrate tabs 5 mg	40
isosorbide mononitrate er tb24 120 mg	40
isosorbide mononitrate er tb24 30 mg	40
isosorbide mononitrate er tb24 60 mg	40
isotretinoin caps 20 mg	108
isotretinoin caps 30 mg	108
isotretinoin caps 40 mg	108

J

JADENU SPRINKLE PACK 180 MG [deferasirox]	81
JADENU SPRINKLE PACK 360 MG [deferasirox]	81
JADENU SPRINKLE PACK 90 MG [deferasirox]	81
JADENU TABS 180 MG [deferasirox]	81
JARDIANCE TABS 10 MG [empagliflozin] ..	87
JARDIANCE TABS 25 MG [empagliflozin] ..	87
JULUCA TABS 50-25 MG [dolutegravir sodium-rilpivirine hcl]	13

K

KALETRA TABS 100-25 MG [lopinavir- ritonavir]	13
KALETRA TABS 200-50 MG [lopinavir- ritonavir]	13
KANJINTI SOLR 420 MG [trastuzumab-anns]	19
KATERZIA SUSP 1 MG/ML [amlodipine benzoate]	36
KCL IN DEXTROSE-NACL SOLN 10-5-0.45 MEQ/L-%-% [potassium chloride in dextrose & sodium chloride]	72
KCL IN DEXTROSE-NACL SOLN 20-5-0.45 MEQ/L-%-% [potassium chloride in dextrose & sodium chloride]	72
KCL IN DEXTROSE-NACL SOLN 40-5-0.45 MEQ/L-%-% [potassium chloride in dextrose & sodium chloride]	72
KENALOG SUSP 10 MG/ML [triamcinolone acetonide]	83
ketamine hcl soln 100 mg/ml	96
ketoconazole crea 2 %	103
ketoconazole sham 2 %	103
ketoconazole tabs 200 mg	9
ketoprofen caps 50 mg	43
ketoprofen caps 75 mg	43
ketorolac tromethamine soln 0.5 %	75

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

ketorolac tromethamine soln 15 mg/ml	43
ketorolac tromethamine soln 30 mg/ml	43
ketorolac tromethamine soln 60 mg/2ml	43
KEYTRUDA SOL 50MG [pembrolizumab]	19
KEYTRUDA SOLN 100 MG/4ML [pembrolizumab]	19
KINERET SOSY 100 MG/0.67ML [anakinra] 93	
KOATE-DVI SOLR 1000 UNIT [antihemophilic factor (human)]	29
KOGENATE FS KIT 1000 UNIT [antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)]	29
KOGENATE FS KIT 2000 UNIT [antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)]	29
KOGENATE FS KIT 250 UNIT [antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)]	29
KOGENATE FS KIT 500 UNIT [antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)]	29
KOVALTRY SOLR 1000 UNIT [antihemophilic factor (rcmb) plasma/albumin free (rahf- pfm)]	29
KOVALTRY SOLR 250 UNIT [antihemophilic factor (rcmb) plasma/albumin free (rahf- pfm)]	29
KOVALTRY SOLR 500 UNIT [antihemophilic factor (rcmb) plasma/albumin free (rahf- pfm)]	29
K-PHOS TABS 500 MG [potassium phosphate monobasic]	72
K-TAB TBCR 10 MEQ [potassium chloride] 72	

L

labetalol hcl soln 5 mg/ml	34
labetalol hcl tabs 100 mg	34
labetalol hcl tabs 200 mg	34
labetalol hcl tabs 300 mg	34

LACRISERT INST 5 MG [artificial tear insert]	77
LACTATED RINGERS SOLN [lactated ringer's (irrigation)]	71
LACTATED RINGERS SOLN [lactated ringer's]	72
lactulose (encephalopathy) soln 10 gm/15ml	69
lactulose soln 10 gm/15ml	69
lamivudine soln 10 mg/ml	13
lamivudine tabs 100 mg	13
lamivudine tabs 150 mg	13
lamivudine tabs 300 mg	13
lamivudine-zidovudine tabs 150-300 mg	13
lamotrigine chew 25 mg	48
lamotrigine chew 5 mg	48
lamotrigine er tb24 200 mg	48
lamotrigine er tb24 300 mg	48
lamotrigine tabs 100 mg	48
lamotrigine tabs 150 mg	48
lamotrigine tabs 200 mg	48
lamotrigine tabs 25 mg	48
LANCING DEVICE MISC [lancet devices] ..	65
LANTUS SOLN 100 UNIT/ML [insulin glargine]	87
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100 UNIT/ML [insulin glargine]	87
lapatinib ditosylate tabs 250 mg	19
LARTRUVO SOLN 190 MG/19ML [olaratumab]	20
LARTRUVO SOLN 500 MG/50ML [olaratumab]	20
latanoprost soln 0.005 %	77
leflunomide tabs 10 mg	93
leflunomide tabs 20 mg	93
letrozole tabs 2.5 mg	20
leucovorin calcium solr 50 mg	91
leucovorin calcium tabs 25 mg	92
leucovorin calcium tabs 5 mg	92
LEUKERAN TABS 2 MG [chlorambucil]	20

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

<i>levetiracetam er tb24 500 mg</i>	48	<i>lidocaine-epinephrine soln 0.5 %-1</i>	
<i>levetiracetam er tb24 750 mg</i>	48	200000	96
<i>levetiracetam soln 100 mg/ml</i>	48	<i>lidocaine-epinephrine soln 1 %-1</i>	
<i>levetiracetam tabs 1000 mg</i>	48	100000	96
<i>levetiracetam tabs 250 mg</i>	48	<i>lidocaine-epinephrine soln 2 %-1</i>	
<i>levetiracetam tabs 500 mg</i>	48	100000	97
<i>levetiracetam tabs 750 mg</i>	48	<i>lidocaine-prilocaine crea 2.5-2.5 %</i>	107
<i>levobunolol hcl soln 0.5 %</i>	76	<i>linezolid soln 600 mg/300ml</i>	6
<i>levocarnitine soln 1 gm/10ml</i>	96	<i>linezolid susr 100 mg/5ml</i>	6
LEVOCARNITINE TABS 330 MG		<i>linezolid tabs 600 mg</i>	6
<i>[levocarnitine (metabolic modifiers)]</i>	96	LINZESS CAPS 145 MCG <i>[linaclotide]</i>	80
<i>levofloxacin in d5w soln 250 mg/50ml</i>	6	LINZESS CAPS 290 MCG <i>[linaclotide]</i>	80
<i>levofloxacin in d5w soln 500 mg/100ml</i>	6	LINZESS CAPS 72 MCG <i>[linaclotide]</i>	80
<i>levofloxacin in d5w soln 750 mg/150ml</i>	6	<i>liothyronine sodium tabs 25 mcg</i>	91
<i>levofloxacin soln 25 mg/ml</i>	6	<i>liothyronine sodium tabs 5 mcg</i>	91
<i>levofloxacin tabs 250 mg</i>	6	<i>liothyronine sodium tabs 50 mcg</i>	91
<i>levofloxacin tabs 500 mg</i>	6	<i>lisinopril tabs 10 mg</i>	38
<i>levofloxacin tabs 750 mg</i>	6	<i>lisinopril tabs 2.5 mg</i>	39
<i>levothyroxine sodium tabs 100 mcg</i>	91	<i>lisinopril tabs 20 mg</i>	39
<i>levothyroxine sodium tabs 112 mcg</i>	91	<i>lisinopril tabs 30 mg</i>	39
<i>levothyroxine sodium tabs 125 mcg</i>	91	<i>lisinopril tabs 40 mg</i>	39
<i>levothyroxine sodium tabs 137 mcg</i>	91	<i>lisinopril tabs 5 mg</i>	39
<i>levothyroxine sodium tabs 150 mcg</i>	91	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide tabs 10-12.5</i>	
<i>levothyroxine sodium tabs 175 mcg</i>	91	mg	39
<i>levothyroxine sodium tabs 200 mcg</i>	91	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide tabs 20-12.5</i>	
<i>levothyroxine sodium tabs 25 mcg</i>	91	mg	39
<i>levothyroxine sodium tabs 300 mcg</i>	91	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide tabs 20-25 mg</i>	
<i>levothyroxine sodium tabs 50 mcg</i>	91	.....	39
<i>levothyroxine sodium tabs 75 mcg</i>	91	LITETOUCH INSULIN SYRINGE MISC 28G X	
<i>levothyroxine sodium tabs 88 mcg</i>	91	1/2	65
LIALDA TBEC 1.2 GM <i>[mesalamine]</i>	78	LITETOUCH INSULIN SYRINGE MISC 29G X	
<i>lidocaine hcl (cardiac) pf sosy 100 mg/5ml</i>	37	1/2	65
<i>lidocaine hcl (cardiac) pf sosy 50 mg/5ml</i>	37	LITHIUM CARBONATE CAPS 150 MG	
<i>lidocaine hcl soln 1 %</i>	96	<i>[lithium carbonate]</i>	58
<i>lidocaine hcl soln 2 %</i>	96	LITHIUM CARBONATE CAPS 300 MG	
<i>lidocaine hcl soln 4 %</i>	106	<i>[lithium carbonate]</i>	58
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal gel 2 %</i>	107	<i>lithium carbonate er tbcr 300 mg</i>	58
LIDOCAINE IN D5W SOLN 4-5 MG/ML-%		<i>lithium carbonate er tbcr 450 mg</i>	58
<i>[lidocaine in d5w]</i>	37	LITHIUM CARBONATE TABS 300 MG <i>[lithium</i>	
<i>lidocaine viscous hcl soln 2 %</i>	77	carbonate]	58

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

LITHIUM SOLN 8 MEQ/5ML [<i>lithium</i>]	58
LOKELMA PACK 10 GM [<i>sodium zirconium cyclosilicate</i>]	71
LOKELMA PACK 5 GM [<i>sodium zirconium cyclosilicate</i>]	71
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml</i>	13
<i>lorazepam tabs 0.5 mg</i>	52
<i>lorazepam tabs 1 mg</i>	52
<i>lorazepam tabs 2 mg</i>	52
<i>losartan potassium tabs 100 mg</i>	39
<i>losartan potassium tabs 25 mg</i>	39
<i>losartan potassium tabs 50 mg</i>	39
<i>losartan potassium-hctz tabs 100-12.5 mg</i>	39
<i>losartan potassium-hctz tabs 100-25 mg</i>	39
<i>losartan potassium-hctz tabs 50-12.5 mg</i>	39
<i>lovastatin tabs 10 mg</i>	32
<i>lovastatin tabs 20 mg</i>	32
<i>lovastatin tabs 40 mg</i>	33
LOVENOX SOLN 100 MG/ML [<i>enoxaparin sodium</i>]	29
LOVENOX SOLN 120 MG/0.8ML [<i>enoxaparin sodium</i>]	29
LOVENOX SOLN 150 MG/ML [<i>enoxaparin sodium</i>]	29
LOVENOX SOLN 30 MG/0.3ML [<i>enoxaparin sodium</i>]	29
LOVENOX SOLN 40 MG/0.4ML [<i>enoxaparin sodium</i>]	29
LOVENOX SOLN 60 MG/0.6ML [<i>enoxaparin sodium</i>]	29
LOVENOX SOLN 80 MG/0.8ML [<i>enoxaparin sodium</i>]	30
<i>loxapine succinate caps 10 mg</i>	58
<i>loxapine succinate caps 25 mg</i>	58
<i>loxapine succinate caps 5 mg</i>	58
<i>loxapine succinate caps 50 mg</i>	58
<i>lubiprostone caps 24 mcg</i>	80
<i>lubiprostone caps 8 mcg</i>	80
LUCENTIS SOLN 0.5 MG/0.05ML [<i>ranibizumab</i>]	77

LYSODREN TABS 500 MG [<i>mitotane</i>]	20
--	----

M

<i>magnesium sulfate soln 50 %</i>	48
MANGANESE CHLORIDE SOLN 0.1 MG/ML [<i>manganese chloride</i>]	72
MANGANESE SULFATE SOLN 0.1 MG/ML [<i>manganese sulfate</i>]	72
MATULANE CAPS 50 MG [<i>procarbazine hcl</i>]	20
MAXIPIME SOLR 1 GM [<i>cefepime hcl</i>]	6
MEDISENSE HI/MID/LOW CONTROL LIQD [<i>blood glucose calibration</i>]	65
MEDROL TABS 2 MG [<i>methylprednisolone</i>]	83
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 10 mg</i>	90
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 2.5 mg</i>	90
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 5 mg</i>	90
<i>mefloquine hcl tabs 250 mg</i>	10
<i>megestrol acetate susp 40 mg/ml</i>	20
<i>megestrol acetate susp 400 mg/10ml</i>	20
<i>megestrol acetate tabs 20 mg</i>	20
<i>megestrol acetate tabs 40 mg</i>	20
<i>meloxicam tabs 15 mg</i>	43
<i>meloxicam tabs 7.5 mg</i>	43
<i>melphalan hcl solr 50 mg</i>	20
<i>melphalan tabs 2 mg</i>	20
<i>memantine hcl tabs 10 mg</i>	53
MEMANTINE HCL TABS 28 x 5 MG & 21 X 10 MG [<i>memantine hcl</i>]	54
<i>memantine hcl tabs 5 mg</i>	54
MENOPUR SOLR 75 UNIT [<i>menotropins</i>]	89
MEPHYTON TABS 5 MG [<i>phytonadione</i>]	109
<i>mercaptopurine tabs 50 mg</i>	20
<i>mesalamine enem 4 gm</i>	78
MESALAMINE SUPP 1000 MG [<i>mesalamine</i>]	78
<i>mesna soln 100 mg/ml</i>	97
MESNEX TABS 400 MG [<i>mesna</i>]	97

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

MESTINON SOLN 60 MG/5ML	
<i>[pyridostigmine bromide]</i>	24
<i>metaproterenol sulfate syrup 10 mg/5ml</i>	25
<i>metaproterenol sulfate tabs 10 mg</i>	26
<i>metaproterenol sulfate tabs 20 mg</i>	26
<i>metformin hcl er tb24 500 mg</i>	87
<i>metformin hcl er tb24 750 mg</i>	87
<i>metformin hcl tabs 1000 mg</i>	87
<i>metformin hcl tabs 500 mg</i>	87
<i>metformin hcl tabs 850 mg</i>	87
<i>methadone hcl soln 5 mg/5ml</i>	43
METHADONE HCL TABS 10 MG <i>[methadone hcl]</i>	43
METHADONE HCL TABS 5 MG <i>[methadone hcl]</i>	43
<i>methazolamide tabs 25 mg</i>	76
<i>methazolamide tabs 50 mg</i>	76
METHENAMINE HIPPURATE TABS 1 GM	
<i>[methenamine hippurate]</i>	15
<i>methimazole tabs 10 mg</i>	91
<i>methimazole tabs 5 mg</i>	91
<i>methocarbamol tabs 500 mg</i>	24
<i>methocarbamol tabs 750 mg</i>	24
<i>methotrexate sodium (pf) soln 50 mg/2ml</i>	20
<i>methotrexate sodium soln 250 mg/10ml</i>	20
<i>methotrexate tabs 2.5 mg</i>	20
<i>methoxsalen rapid caps 10 mg</i>	108
<i>methyl dopa tabs 250 mg</i>	38
<i>methyl dopa tabs 500 mg</i>	38
<i>methylene blue inj 1%</i>	81
METHYLENE BLUE SOLN 1 % <i>[methylene blue (antidote)]</i>	81
<i>methylergonovine maleate soln 0.2 mg/ml</i>	97
<i>methylphenidate hcl er (cd) cpcr 10 mg</i>	46
<i>methylphenidate hcl er (cd) cpcr 20 mg</i>	46
<i>methylphenidate hcl er (cd) cpcr 30 mg</i>	46
<i>methylphenidate hcl er (cd) cpcr 40 mg</i>	46
<i>methylphenidate hcl er (cd) cpcr 50 mg</i>	46
<i>methylphenidate hcl er (cd) cpcr 60 mg</i>	46
<i>methylphenidate hcl er tbc 10 mg</i>	46
<i>methylphenidate hcl er tbc 18 mg</i>	46
<i>methylphenidate hcl er tbc 20 mg</i>	46
<i>methylphenidate hcl er tbc 27 mg</i>	46
<i>methylphenidate hcl er tbc 36 mg</i>	46
<i>methylphenidate hcl er tbc 54 mg</i>	46
<i>methylphenidate hcl tabs 10 mg</i>	46
<i>methylphenidate hcl tabs 20 mg</i>	46
<i>methylphenidate hcl tabs 5 mg</i>	46
<i>methylprednisolone acetate susp 40 mg/ml</i>	83
<i>methylprednisolone acetate susp 80 mg/ml</i>	83
<i>methylprednisolone sodium succ solr 1000 mg</i>	83
<i>methylprednisolone sodium succ solr 125 mg</i>	83
<i>methylprednisolone sodium succ solr 40 mg</i>	83
<i>methylprednisolone tabs 16 mg</i>	83
<i>methylprednisolone tabs 4 mg</i>	83
<i>methylprednisolone tbpk 4 mg</i>	83
<i>methyltestosterone caps 10 mg</i>	84
<i>methyltestosterone tabs 10 mg</i>	84
<i>metoclopramide hcl soln 10 mg/10ml</i>	81
<i>metoclopramide hcl soln 5 mg/ml</i>	81
<i>metoclopramide hcl tabs 10 mg</i>	81
<i>metoclopramide hcl tabs 5 mg</i>	81
<i>metolazone tabs 10 mg</i>	70
<i>metolazone tabs 2.5 mg</i>	70
<i>metolazone tabs 5 mg</i>	70
METOPIRONONE CAPS 250 MG <i>[metyrapone]</i>	97
<i>metoprolol succinate er tb24 100 mg</i>	34
<i>metoprolol succinate er tb24 200 mg</i>	34
<i>metoprolol succinate er tb24 25 mg</i>	34
<i>metoprolol succinate er tb24 50 mg</i>	34
<i>metoprolol tartrate soln 5 mg/5ml</i>	34
<i>metoprolol tartrate tabs 100 mg</i>	34
<i>metoprolol tartrate tabs 25 mg</i>	34
<i>metoprolol tartrate tabs 50 mg</i>	34

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

metronidazole caps 375 mg	10	modafinil tabs 200 mg	46
metronidazole crea 0.75 %	103	mometasone furoate crea 0.1 %	106
metronidazole gel 0.75 %	103	mometasone furoate oint 0.1 %	106
METRONIDAZOLE IN NAACL SOLN 500-0.74		mometasone furoate soln 0.1 %	106
MG/100ML-% [metronidazole in nacl].....	10	MONOCLATE-P KIT 1000 UNIT	
metronidazole tabs 250 mg	10	[antihemophilic factor (human)]	30
metronidazole tabs 500 mg	10	MONOJECT INSULIN SYRINGE MISC 27G X	
mexiletine hcl caps 150 mg	37	1/2.....	66
mexiletine hcl caps 200 mg	37	MONOJECT INSULIN SYRINGE MISC 29G X	
mexiletine hcl caps 250 mg	37	1/2.....	66
MICRO-BUMINTEST KIT [albumin		MONOJECT INSULIN SYRINGE MISC U-100	
(urine) test].....	65	1 ML [insulin syringes (disposable)].....	66
midazolam hcl (pf) soln 10 mg/2ml	52	MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE	
midazolam hcl (pf) soln 5 mg/ml	53	MISC 28G X 1/2	66
midazolam hcl soln 10 mg/2ml	53	MONONINE SOLR 1000 UNIT [coagulation	
midazolam hcl soln 5 mg/ml	53	factor ix]	30
midodrine hcl tabs 10 mg	26	montelukast sodium chew 4 mg	100
midodrine hcl tabs 2.5 mg	26	montelukast sodium chew 5 mg	100
midodrine hcl tabs 5 mg	26	montelukast sodium tabs 10 mg	100
MINILINK-REAL-TIME STARTER KIT [insulin		morphine sulfate (concentrate) soln 100	
infusion pump accessories].....	65	mg/5ml	43
MINIMED RESERVOIR 1.8ML MISC [insulin		morphine sulfate er tbc 100 mg	43
infusion pump supplies].....	66	morphine sulfate er tbc 15 mg	43
minocycline hcl caps 100 mg	6	morphine sulfate er tbc 200 mg	44
minocycline hcl caps 50 mg	6	morphine sulfate er tbc 30 mg	44
minocycline hcl caps 75 mg	6	morphine sulfate er tbc 60 mg	44
minocycline hcl tabs 100 mg	6	MORPHINE SULFATE SOLN 15 MG/ML	
minoxidil tabs 10 mg	38	[morphine sulfate]	44
minoxidil tabs 2.5 mg	38	MORPHINE SULFATE SUPP 10 MG	
mirtazapine tabs 15 mg	58	[morphine sulfate]	44
mirtazapine tabs 30 mg	58	MORPHINE SULFATE SUPP 20 MG	
mirtazapine tabs 45 mg	58	[morphine sulfate]	44
mirtazapine tabs 7.5 mg	58	MORPHINE SULFATE SUPP 30 MG	
misoprostol tabs 100 mcg	79	[morphine sulfate]	44
misoprostol tabs 200 mcg	79	MORPHINE SULFATE SUPP 5 MG [morphine	
mitomycin solr 20 mg	20	sulfate].....	44
mitomycin solr 40 mg	20	MORPHINE SULFATE TABS 15 MG	
mitomycin solr 5 mg	20	[morphine sulfate]	44
mitoxantrone hcl conc 20 mg/10ml	20	MORPHINE SULFATE TABS 30 MG	
modafinil tabs 100 mg	46	[morphine sulfate]	44
		moxifloxacin hcl in nacl soln 400 mg/250ml	6

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

moxifloxacin hcl soln 0.5 %	74
moxifloxacin hcl tabs 400 mg	6
mupirocin calcium crea 2 %	103
mupirocin oint 2 %	103
MUSE PLLT 1000 MCG [alprostadi (vasodilator)]	102
MUSE PLLT 125 MCG [alprostadi (vasodilator)]	102
MUSE PLLT 250 MCG [alprostadi (vasodilator)]	102
MUSE PLLT 500 MCG [alprostadi (vasodilator)]	102
MUSTARGEN SOLR 10 MG [mechlorethamine hcl]	20
MVASI SOLN 100 MG/4ML [bevacizumab- awwb]	20
MVASI SOLN 400 MG/16ML [bevacizumab- awwb]	20
mycophenolate mofetil caps 250 mg	94
mycophenolate mofetil susr 200 mg/ml	94
mycophenolate mofetil tabs 500 mg	94
MYLERAN TABS 2 MG [busulfan]	20

N

NABI-HB SOLN [hepatitis b immune globulin (human)]	102
nabumetone tabs 500 mg	44
nabumetone tabs 750 mg	44
nadolol tabs 20 mg	34
nadolol tabs 40 mg	34
nadolol tabs 80 mg	34
naloxone hcl soln 0.4 mg/ml	54
naloxone hcl sosy 2 mg/2ml	54
naltrexone hcl tabs 50 mg	55
naproxen tabs 250 mg	44
naproxen tabs 375 mg	44
naproxen tabs 500 mg	44
naratriptan hcl tabs 1 mg	50
naratriptan hcl tabs 2.5 mg	50
NARCAN LIQD 4 MG/0.1ML [naloxone hcl] 55	

NEBUPENT SOLR 300 MG [pentamidine isethionate]	10
NECON 1/50 (28) TABS 1-50 MG-MCG [norethindrone & mestranol]	85
nefazodone hcl tabs 100 mg	58
nefazodone hcl tabs 150 mg	58
nefazodone hcl tabs 200 mg	58
nefazodone hcl tabs 250 mg	58
nefazodone hcl tabs 50 mg	58
neomycin sulfate tabs 500 mg	6
neomycin-polymyxin-dexameth oint 3.5- 10000-0.1	75
neomycin-polymyxin-dexameth susp 3.5- 10000-0.1	75
neomycin-polymyxin-hc soln 1 %	75
neomycin-polymyxin-hc susp 3.5-10000-1 76	
NEORAL SOLN 100 MG/ML [cyclosporine modified (for microemulsion)]	94
neostigmine methylsulfate soln 0.5 mg/ml 24	
neostigmine methylsulfate soln 1 mg/ml ... 24	
NESACAINE SOLN 1 % [chloroprocaine hcl]	97
NESACAINE SOLN 2 % [chloroprocaine hcl]	97
NEUT SOLN 4 % [sodium bicarbonate]	69
nevirapine er tb24 400 mg	13
nevirapine susp 50 mg/5ml	13
nevirapine tabs 200 mg	13
nifedipine caps 10 mg	36
nifedipine caps 20 mg	36
nifedipine er osmotic release tb24 30 mg .. 36	
nifedipine er osmotic release tb24 60 mg .. 36	
nifedipine er osmotic release tb24 90 mg .. 36	
nimodipine caps 30 mg	36
NIPENT SOLR 10 MG [pentostatin]	20
NITRATEST PAPER TEST [ph test]	66
NITRO-DUR PT24 0.3 MG/HR [nitroglycerin]	40
NITRO-DUR PT24 0.8 MG/HR [nitroglycerin]	40

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

NITROFURANTOIN MACROCRYSTAL CAPS 100 MG [<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>].....	15
NITROFURANTOIN MACROCRYSTAL CAPS 25 MG [<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>].....	15
<i>nitrofurantoin macrocrystal caps 50 mg</i>	15
NITROFURANTOIN MONOHYD MACRO CAPS 100 MG [<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>].....	15
<i>nitrofurantoin susp 25 mg/5ml</i>	15
<i>nitroglycerin pt24 0.1 mg/hr</i>	40
<i>nitroglycerin pt24 0.2 mg/hr</i>	40
<i>nitroglycerin pt24 0.4 mg/hr</i>	40
<i>nitroglycerin pt24 0.6 mg/hr</i>	40
<i>nitroglycerin soln 0.4 mg/spray</i>	40
<i>nitroglycerin soln 5 mg/ml</i>	40
<i>nitroglycerin subl 0.3 mg</i>	40
<i>nitroglycerin subl 0.4 mg</i>	40
<i>nitroglycerin subl 0.6 mg</i>	40
<i>nitroprusside sodium soln 25 mg/ml</i>	38
<i>nizatidine soln 15 mg/ml</i>	79
<i>norepinephrine bitartrate soln 1 mg/ml</i>	26
<i>norethindrone acetate tabs 5 mg</i>	90
NORPACE CR CP12 100 MG [<i>disopyramide phosphate</i>].....	37
NORPACE CR CP12 150 MG [<i>disopyramide phosphate</i>].....	37
<i>nortriptyline hcl caps 10 mg</i>	58
<i>nortriptyline hcl caps 25 mg</i>	58
<i>nortriptyline hcl caps 50 mg</i>	58
<i>nortriptyline hcl caps 75 mg</i>	58
<i>nortriptyline hcl soln 10 mg/5ml</i>	58
NOVA MAX PLUS GLU/KET CONTROL LIQD [<i>blood glucose calibration</i>].....	66
NOVOFINE AUTOCOVER MISC 30G X 8 MM [<i>insulin pen needle</i>].....	66
NOVOFINE MISC 30G X 8 MM [<i>insulin pen needle</i>].....	66
NOVOTWIST MISC 32G X 5 MM [<i>insulin pen needle</i>].....	66
NULOJIX SOLR 250 MG [<i>belatacept</i>].....	94

NUTRILIPID EMUL 20 % [<i>fat emulsion plant based</i>].....	69
<i>nystatin crea 100000 unit/gm</i>	103
<i>nystatin oint 100000 unit/gm</i>	104
NYSTATIN POW [<i>nystatin</i>].....	9
<i>nystatin susp 100000 unit/ml</i>	9
<i>nystatin tabs 500000 unit</i>	9
<i>nystatin-triamcinolone crea 100000-0.1 unit/gm-%</i>	106
<i>nystatin-triamcinolone oint 100000-0.1 unit/gm-%</i>	106

O

OCTAGAM SOLN 5 GM/100ML [<i>immune globulin (human) iv</i>].....	102
<i>octreotide acetate inj 100mcg</i>	90
<i>octreotide acetate inj 500mcg</i>	90
<i>octreotide acetate inj 50mcg/ml</i>	90
<i>octreotide acetate soln 100 mcg/ml</i>	90
<i>octreotide acetate soln 1000 mcg/ml</i>	90
<i>octreotide acetate soln 200 mcg/ml</i>	90
<i>octreotide acetate soln 50 mcg/ml</i>	90
<i>octreotide acetate soln 500 mcg/ml</i>	90
ODEFSEY TABS 200-25-25 MG [<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir alafenamide fumarate</i>].....	13
<i>ofloxacin soln 0.3 %</i>	75
<i>olanzapine tabs 10 mg</i>	59
<i>olanzapine tabs 15 mg</i>	59
<i>olanzapine tabs 2.5 mg</i>	59
<i>olanzapine tabs 20 mg</i>	59
<i>olanzapine tabs 5 mg</i>	59
<i>olanzapine tabs 7.5 mg</i>	59
<i>omeprazole cpdr 10 mg</i>	79
<i>omeprazole cpdr 20 mg</i>	79
<i>omeprazole cpdr 40 mg</i>	79
OMNITROPE SOCT 10 MG/1.5ML [<i>somatropin</i>].....	90
OMNITROPE SOCT 5 MG/1.5ML [<i>somatropin</i>].....	91

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

ON CALL EXPRESS GLUCOSE CONTR SOLN <i>[blood glucose calibration]</i>	66	ORLISSA TABS 200 MG <i>[elagolix sodium]</i>	89
<i>ondansetron hcl soln 4 mg/2ml</i>	79	ORTHO DIAPHRAGM ALL-FLEX KIT 65 DPR 65MM <i>[diaphragm arc-spring]</i>	92
<i>ondansetron hcl soln 4 mg/5ml</i>	79	ORTHO DIAPHRAGM ALL-FLEX KIT 70 DPR 70MM <i>[diaphragm arc-spring]</i>	92
<i>ondansetron hcl soln 40 mg/20ml</i>	79	ORTHO DIAPHRAGM ALL-FLEX KIT 75 DPR 75MM <i>[diaphragm arc-spring]</i>	92
<i>ondansetron hcl tabs 4 mg</i>	79	ORTHO DIAPHRAGM ALL-FLEX KIT 80 DPR 80MM <i>[diaphragm arc-spring]</i>	92
<i>ondansetron hcl tabs 8 mg</i>	79	<i>oseltamivir phosphate caps 30 mg</i>	13
<i>ondansetron tbdp 4 mg</i>	79	<i>oseltamivir phosphate caps 45 mg</i>	13
<i>ondansetron tbdp 8 mg</i>	79	<i>oseltamivir phosphate caps 75 mg</i>	13
ONETOUCH DELICA LANCETS 30G MISC <i>[lancets]</i>	66	<i>oseltamivir phosphate susr 6 mg/ml</i>	13
ONETOUCH DELICA LANCETS 33G MISC <i>[lancets]</i>	66	OSPHENA TABS 60 MG <i>[ospemifene]</i>	88
ONETOUCH DELICA LANCING DEV MISC <i>[lancet devices]</i>	66	OTEZLA TABS 30 MG <i>[apremilast]</i>	94
ONETOUCH FINEPOINT LANCETS MISC <i>[lancets]</i>	66	OTEZLA TBPK 10 & 20 & 30 MG <i>[apremilast]</i>	94
ONETOUCH ULTRA STRP <i>[glucose blood]</i>	66	OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE SOLN 2 GM/50ML <i>[oxacillin sodium in dextrose]</i> ..	6
ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS MISC <i>[lancets]</i>	66	<i>oxazepam caps 10 mg</i>	53
ONETOUCH VERIO FLEX SYSTEM KIT W/DEVICE <i>[blood glucose monitoring supplies]</i>	66	<i>oxazepam caps 15 mg</i>	53
ONETOUCH VERIO IQ SYSTEM KIT W/DEVICE <i>[blood glucose monitoring supplies]</i>	67	<i>oxazepam caps 30 mg</i>	53
ONETOUCH VERIO SOLN <i>[blood glucose calibration]</i>	67	<i>oxcarbazepine susp 300 mg/5ml</i>	48
ONETOUCH VERIO SOLN HIGH <i>[blood glucose calibration]</i>	67	<i>oxcarbazepine tabs 150 mg</i>	49
<i>ophthalmic irrigation solution - intraocular soln</i>	77	<i>oxcarbazepine tabs 300 mg</i>	49
OPSUMIT TABS 10 MG <i>[macitentan]</i>	40	<i>oxcarbazepine tabs 600 mg</i>	49
OPTUMRX GLUCOSE CONTROL SOLN <i>[blood glucose calibration]</i>	67	<i>oxybutynin chloride er tb24 10 mg</i>	108
ORENCIA CLICKJECT SOAJ 125 MG/ML <i>[abatacept]</i>	93	<i>oxybutynin chloride er tb24 15 mg</i>	109
ORENCIA SOLR 250 MG <i>[abatacept]</i>	94	<i>oxybutynin chloride er tb24 5 mg</i>	109
ORENCIA SOSY 125 MG/ML <i>[abatacept]</i>	94	<i>oxybutynin chloride syrup 5 mg/5ml</i>	109
ORLISSA TABS 150 MG <i>[elagolix sodium]</i>	89	<i>oxybutynin chloride tabs 5 mg</i>	109
		<i>oxycodone hcl caps 5 mg</i>	44
		<i>oxycodone hcl conc 100 mg/5ml</i>	44
		OXYCODONE HCL SOLN 5 MG/5ML <i>[oxycodone hcl]</i>	44
		<i>oxycodone hcl tabs 5 mg</i>	44
		<i>oxycodone-acetaminophen tabs 5-325 mg</i>	44
		OXYTOCIN SOLN 10 UNIT/ML <i>[oxytocin]</i> ...	97

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

P

paclitaxel conc 300 mg/50ml 21
pamidronate disodium solr 90 mg 92
pantoprazole sodium tbec 20 mg 79
pantoprazole sodium tbec 40 mg 79
 PAREGORIC TINC 2 MG/5ML [*paregoric*]... 81
paromomycin sulfate caps 250 mg 10
paroxetine hcl tabs 10 mg 59
paroxetine hcl tabs 20 mg 59
paroxetine hcl tabs 30 mg 59
paroxetine hcl tabs 40 mg 59
 PEGASYS SOLN 180 MCG/0.5ML
 [*peginterferon alfa-2a*] 13
 PEGASYS SOLN 180 MCG/ML [*peginterferon alfa-2a*] 13
 PEN NEEDLES 5/16 67
penicillin g potassium solr 2000000 unit ... 7
penicillin g potassium solr 5000000 unit 7
penicillin g procaine susp 600000 unit/ml ... 7
penicillin g sodium solr 5000000 unit 7
penicillin v potassium solr 125 mg/5ml 7
penicillin v potassium solr 250 mg/5ml 7
penicillin v potassium tabs 250 mg 7
penicillin v potassium tabs 500 mg 7
pentamidine isethionate solr 300 mg 10
 PENTASA CPR 250 MG [*mesalamine*] 78
 PENTASA CPR 500 MG [*mesalamine*] 78
pentoxifylline er tbc 400 mg 30
permethrin crea 5 % 108
perphenazine tabs 16 mg 59
perphenazine tabs 2 mg 59
perphenazine tabs 4 mg 59
perphenazine tabs 8 mg 59
 PHARMACIST CHOICE LANCETS MISC
 [*lancets*] 67
phenelzine sulfate tabs 15 mg 59
 PHENOBARBITAL ELIX 20 MG/5ML
 [*phenobarbital*] 53
 PHENOBARBITAL TABS 100 MG
 [*phenobarbital*] 53

PHENOBARBITAL TABS 16.2 MG
 [*phenobarbital*] 53
 PHENOBARBITAL TABS 30 MG
 [*phenobarbital*] 53
 PHENOBARBITAL TABS 32.4 MG
 [*phenobarbital*] 53
 PHENOBARBITAL TABS 60 MG
 [*phenobarbital*] 53
 PHENOBARBITAL TABS 64.8 MG
 [*phenobarbital*] 53
 PHENOBARBITAL TABS 97.2 MG
 [*phenobarbital*] 53
phenoxybenzamine hcl caps 10 mg 23
phterminate hcl tabs 37.5 mg 97
phentolamine mesylate solr 5 mg 38
 PHENYLEPHRINE HCL SOLN 10 %
 [*phenylephrine hcl (mydriatic)*] 78
 PHENYLEPHRINE HCL SOLN 2.5 %
 [*phenylephrine hcl (mydriatic)*] 78
phenytoin sodium extended caps 100 mg .49
phenytoin sodium soln 50 mg/ml 49
phenytoin susp 125 mg/5ml 49
 PHOSPHOLINE IODIDE SOLR 0.125 %
 [*echothiophate iodide*] 77
 PHYSOSTIGMINE SALICYLATE SOLN 1
 MG/ML [*physostigmine salicylate*] 82
phytonadione tabs 5 mg 109
pilocarpine hcl soln 1 % 76
pilocarpine hcl soln 2 % 76
pilocarpine hcl soln 4 % 76
pilocarpine hcl tabs 5 mg 24
pimozide tabs 2 mg 59
pioglitazone hcl tabs 15 mg 87
pioglitazone hcl tabs 30 mg 87
pioglitazone hcl tabs 45 mg 87
piperacillin sod-tazobactam so solr 2.25 (2-0.25) gm 7
piperacillin sod-tazobactam so solr 3.375 (3-0.375) gm 7
piperacillin sod-tazobactam so solr 4.5 (4-0.5) gm 7

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

piperacillin sod-tazobactam so solr 40.5 (36-4.5) gm	7	pravastatin sodium tabs 20 mg	33
PLASMANATE SOLN 5 % [plasma protein fraction]	30	pravastatin sodium tabs 40 mg	33
podofilox soln 0.5 %	108	pravastatin sodium tabs 80 mg	33
polymyxin b-trimethoprim soln 10000-0.1 unit/ml-%	75	praziquantel tabs 600 mg	1
POTABA CAPS 500 MG [potassium aminobenzoate]	109	prazosin hcl caps 1 mg	31
POTABA TAB 500MG [potassium aminobenzoate]	109	prazosin hcl caps 2 mg	31
POTASSIUM ACETATE SOLN 2 MEQ/ML [potassium acetate]	72	prazosin hcl caps 5 mg	31
potassium chloride crys er tbc 10 meq	72	PRECISION XTRA KETONE STRP [ketone blood test]	67
potassium chloride er cpcr 10 meq	72	PRED MILD SUSP 0.12 % [prednisolone acetate (ophth)]	76
potassium chloride er cpcr 8 meq	72	PRED-G S.O.P. OINT 0.3-0.6 % [gentamicin-prednisolone acetate]	76
potassium chloride er tbc 20 meq	72	PRED-G SUSP 0.3-1 % [gentamicin-prednisolone acetate]	76
POTASSIUM CHLORIDE ER TBCR 8 MEQ [potassium chloride]	72	prednisolone acetate susp 1 %	76
potassium chloride soln 2 meq/ml	72	prednisolone sodium phosphate soln 1 %	76
POTASSIUM CITRATE ER TBCR 10 MEQ (1080 MG) [potassium citrate (alkalinizer)]	69	prednisolone sodium phosphate soln 15 mg/5ml	83
POTASSIUM CITRATE ER TBCR 5 MEQ (540 MG) [potassium citrate (alkalinizer)]	69	prednisolone sodium phosphate soln 6.7 (5 base) mg/5ml	83
POTASSIUM PHOSPHATES SOLN 45 MMOLE/15ML [potassium phosphates] ..	73	prednisolone soln 15 mg/5ml	83
PRADAXA CAPS 110 MG [dabigatran etexilate mesylate]	30	prednisone soln 5 mg/5ml	83
PRADAXA CAPS 150 MG [dabigatran etexilate mesylate]	30	prednisone tabs 1 mg	83
pramipexole dihydrochloride tabs 0.125 mg	51	prednisone tabs 10 mg	83
pramipexole dihydrochloride tabs 0.25 mg	51	prednisone tabs 2.5 mg	83
pramipexole dihydrochloride tabs 0.5 mg	51	prednisone tabs 20 mg	83
pramipexole dihydrochloride tabs 0.75 mg	51	prednisone tabs 5 mg	83
pramipexole dihydrochloride tabs 1 mg	51	prednisone tabs 50 mg	83
pramipexole dihydrochloride tabs 1.5 mg	51	prednisone tbpk 5 mg (21)	83
prasugrel hcl tabs 10 mg	30	PREGNYL SOLR 10000 UNIT [chorionic gonadotropin]	89
prasugrel hcl tabs 5 mg	30	PREMARIN SOLR 25 MG [estrogens, conjugated]	89
pravastatin sodium tabs 10 mg	33	PREZISTA TABS 150 MG [darunavir ethanolate]	13
		PREZISTA TABS 600 MG [darunavir ethanolate]	14
		PREZISTA TABS 75 MG [darunavir ethanolate]	14

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

PREZISTA TABS 800 MG [<i>darunavir ethanolate</i>]	14
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3 MG [<i>primaquine phosphate</i>]	10
<i>primidone tabs 250 mg</i>	49
<i>primidone tabs 50 mg</i>	49
PRIMSOL SOLN 50 MG/5ML [<i>trimethoprim hcl</i>]	15
<i>probenecid tabs 500 mg</i>	73
<i>procainamide hcl soln 100 mg/ml</i>	37
<i>prochlorperazine edisylate soln 10 mg/2ml</i>	59
<i>prochlorperazine maleate tabs 10 mg</i>	59
<i>prochlorperazine maleate tabs 5 mg</i>	59
<i>prochlorperazine supp 25 mg</i>	79
PROCRIT SOLN 10000 UNIT/ML [<i>epoetin alfa</i>]	31
PROCRIT SOLN 2000 UNIT/ML [<i>epoetin alfa</i>]	31
PROCRIT SOLN 20000 UNIT/ML [<i>epoetin alfa</i>]	31
PROCRIT SOLN 3000 UNIT/ML [<i>epoetin alfa</i>]	31
PROCRIT SOLN 4000 UNIT/ML [<i>epoetin alfa</i>]	31
PROCRIT SOLN 40000 UNIT/ML [<i>epoetin alfa</i>]	31
PROFILNINE SOLR 1000 UNIT [<i>factor ix complex</i>]	30
PROFILNINE SOLR 500 UNIT [<i>factor ix complex</i>]	30
<i>progesterone oil 50 mg/ml</i>	90
PROGESTERONE WETTABLE POWD [<i>progesterone (bulk)</i>]	90
PROGRAF SOLN 5 MG/ML [<i>tacrolimus</i>]	94
<i>promethazine hcl soln 25 mg/ml</i>	16
<i>promethazine hcl tabs 12.5 mg</i>	16
<i>promethazine hcl tabs 25 mg</i>	16
<i>propafenone hcl tabs 150 mg</i>	37
<i>propafenone hcl tabs 225 mg</i>	37
<i>propafenone hcl tabs 300 mg</i>	37

<i>propantheline bromide tabs 15 mg</i>	23
<i>proparacaine hcl soln 0.5 %</i>	77
<i>propofol emul 200 mg/20ml</i>	53
<i>propranolol hcl er cp24 120 mg</i>	34
<i>propranolol hcl er cp24 160 mg</i>	34
<i>propranolol hcl er cp24 60 mg</i>	34
<i>propranolol hcl er cp24 80 mg</i>	34
<i>propranolol hcl soln 1 mg/ml</i>	34
<i>propranolol hcl soln 20 mg/5ml</i>	34
<i>propranolol hcl soln 40 mg/5ml</i>	35
<i>propranolol hcl tabs 10 mg</i>	35
<i>propranolol hcl tabs 20 mg</i>	35
<i>propranolol hcl tabs 40 mg</i>	35
<i>propranolol hcl tabs 60 mg</i>	35
<i>propranolol hcl tabs 80 mg</i>	35
<i>propylthiouracil tabs 50 mg</i>	91
PROSOL SOLN 20 % [<i>amino acid infusion</i>]	69
<i>protamine sulfate soln 10 mg/ml</i>	30
PROVISC SOLN 10 MG/ML [<i>sodium hyaluronate</i>]	77
PULMOZYME SOLN 1 MG/ML [<i>dornase alfa</i>]	100
PURIXAN SUSP 2000 MG/100ML [<i>mercaptopurine</i>]	21
<i>pyrazinamide tabs 500 mg</i>	10
<i>pyridostigmine bromide er tbc 180 mg</i>	24
<i>pyridostigmine bromide soln 60 mg/5ml</i>	24
<i>pyridostigmine bromide tabs 60 mg</i>	24
<i>pyridoxine hcl soln 100 mg/ml</i>	109

Q

QSYMIA CP24 11.25-69 MG [<i>phentermine hcl-topiramate</i>]	97
QSYMIA CP24 15-92 MG [<i>phentermine hcl-topiramate</i>]	97
QSYMIA CP24 3.75-23 MG [<i>phentermine hcl-topiramate</i>]	97
QSYMIA CP24 7.5-46 MG [<i>phentermine hcl-topiramate</i>]	97
<i>quetiapine fumarate tabs 100 mg</i>	59

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

quetiapine fumarate tabs 200 mg	59
quetiapine fumarate tabs 25 mg	59
quetiapine fumarate tabs 300 mg	59
quetiapine fumarate tabs 400 mg	59
quetiapine fumarate tabs 50 mg	59
quinidine gluconate er tbc 324 mg	37
quinidine sulfate er tab 300mg er	37
quinidine sulfate tabs 200 mg	37
quinidine sulfate tabs 300 mg	37

R

raloxifene hcl tabs 60 mg	89
ranitidine hcl soln 150 mg/6ml	79
ranitidine hcl syrp 15 mg/ml	79
RECOMBINATE SOLR 220-400 UNIT [antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)]	30
RECOMBINATE SOLR 401-800 UNIT [antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)]	30
RECOMBINATE SOLR 801-1240 UNIT [antihemophilic factor (recombinant) (rfviii)]	30
REFACTO INJ 250UNIT [antihemophilic factor (recombinant)]	30
REFACTO INJ 500UNIT [antihemophilic factor (recombinant)]	30
REMODULIN SOLN 100 MG/20ML [treprostinil]	100
REMODULIN SOLN 20 MG/20ML [treprostinil]	100
REMODULIN SOLN 200 MG/20ML [treprostinil]	100
REMODULIN SOLN 50 MG/20ML [treprostinil]	100
RESCRIPTOR TABS 100 MG [delavirdine mesylate]	14
RESCRIPTOR TABS 200 MG [delavirdine mesylate]	14
RETIN-A CREA 0.025 % [tretinoin]	107
RETIN-A CREA 0.05 % [tretinoin]	107

RETIN-A CREA 0.1 % [tretinoin]	107
RETIN-A GEL 0.01 % [tretinoin]	107
RETIN-A GEL 0.025 % [tretinoin]	107
REVLIMID CAPS 10 MG [lenalidomide]	21
REVLIMID CAPS 15 MG [lenalidomide]	21
REVLIMID CAPS 2.5 MG [lenalidomide]	21
REVLIMID CAPS 20 MG [lenalidomide]	21
REVLIMID CAPS 25 MG [lenalidomide]	21
REVLIMID CAPS 5 MG [lenalidomide]	21
RHOPHYLAC SOSY 1500 UNIT/2ML [rho d immune globulin (human)]	102
ribavirin caps 200 mg	14
ribavirin tabs 200 mg	14
RIDAURA CAPS 3 MG [auranofin]	81
rifampin caps 150 mg	10
rifampin caps 300 mg	10
rifampin solr 600 mg	10
riluzole tabs 50 mg	54
rimantadine hcl tabs 100 mg	14
RIMSO-50 SOLN 50 % [dimethyl sulfoxide] 97	
RINGERS IRRIGATION SOLN [ringer's irrigation]	71
RINGERS SOLN [ringer's]	73
RIOMET SOLN 500 MG/5ML [metformin hcl]	87
RISPERIDONE SOLN 1 MG/ML [risperidone]	59
RISPERIDONE TABS 0.25 MG [risperidone]	60
RISPERIDONE TABS 0.5 MG [risperidone]	60
risperidone tabs 1 mg	60
RISPERIDONE TABS 2 MG [risperidone]	60
RISPERIDONE TABS 3 MG [risperidone]	60
RISPERIDONE TABS 4 MG [risperidone]	60
ritonavir tabs 100 mg	14
rizatriptan benzoate tabs 10 mg	50
rizatriptan benzoate tabs 5 mg	50
rizatriptan benzoate tbdp 10 mg	50
rizatriptan benzoate tbdp 5 mg	50
rocuronium bromide soln 50 mg/5ml	54

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

ropinirole hcl tabs 0.25 mg	51
ropinirole hcl tabs 0.5 mg	51
ropinirole hcl tabs 1 mg	51
ropinirole hcl tabs 2 mg	51
ropinirole hcl tabs 3 mg	51
ropinirole hcl tabs 4 mg	51
ropinirole hcl tabs 5 mg	51
rosuvastatin calcium tabs 10 mg	33
rosuvastatin calcium tabs 20 mg	33
rosuvastatin calcium tabs 40 mg	33
rosuvastatin calcium tabs 5 mg	33

S

SAFESNAP INSULIN SYRINGE MISC 28G X 1/2	67
SAFESNAP INSULIN SYRINGE MISC 29G X 1/2	67
SAFESNAP INSULIN SYRINGE MISC 30G X 5/16	67
SALSALATE TABS 500 MG [salsalate]	44
SALSALATE TABS 750 MG [salsalate]	44
SANDIMMUNE CAPS 100 MG [cyclosporine]	94
SANDIMMUNE CAPS 25 MG [cyclosporine]	94
SANDIMMUNE SOLN 100 MG/ML [cyclosporine]	94
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT 10 MG [octreotide acetate]	91
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT 20 MG [octreotide acetate]	91
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT 30 MG [octreotide acetate]	91
SANTYL OINT 250 UNIT/GM [collagenase]	108
SAVELLA TABS 100 MG [milnacipran hcl] ..	54
SAVELLA TABS 12.5 MG [milnacipran hcl] ..	54
SAVELLA TABS 25 MG [milnacipran hcl] ...	54
SAVELLA TABS 50 MG [milnacipran hcl] ...	54
scopolamine hydrobromide inj 0.4mg/ml ..	23

scopolamine pt72 1 mg/3days	79
selegiline hcl caps 5 mg	51
selegiline hcl tabs 5 mg	51
SELENIUM SOLN 40 MCG/ML [selenious acid]	73
selenium sulfide lotn 2.5 %	104
SELZENTRY TABS 150 MG [maraviroc]	14
SELZENTRY TABS 25 MG [maraviroc]	14
SELZENTRY TABS 300 MG [maraviroc]	14
SELZENTRY TABS 75 MG [maraviroc]	14
sertraline hcl tabs 100 mg	60
sertraline hcl tabs 25 mg	60
sertraline hcl tabs 50 mg	60
sevelamer carbonate pack 2.4 gm	71
sevelamer carbonate tabs 800 mg	71
sevoflurane soln	97
SIDEKICK BLOOD GLUCOSE SYSTEM DEVI [blood glucose meter disposable with test strips]	67
sildenafil citrate susr 10 mg/ml	40
sildenafil citrate tabs 20 mg	40
SILVER SULFADIAZINE CREA 1 % [silver sulfadiazine]	104
SIMULECT SOLR 10 MG [basiliximab]	94
SIMULECT SOLR 20 MG [basiliximab]	94
simvastatin tabs 10 mg	33
simvastatin tabs 20 mg	33
simvastatin tabs 40 mg	33
simvastatin tabs 5 mg	33
simvastatin tabs 80 mg	33
sirolimus soln 1 mg/ml	94
sirolimus tabs 0.5 mg	95
sirolimus tabs 1 mg	95
sirolimus tabs 2 mg	95
SODIUM ACETATE SOLN 2 MEQ/ML [sodium acetate]	69
SODIUM BICARBONATE SOLN 4.2 % [sodium bicarbonate]	69
SODIUM BICARBONATE SOLN 7.5 % [sodium bicarbonate]	69

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

SODIUM BICARBONATE SOLN 8.4 % [sodium bicarbonate]	73	SOLU-MEDROL SOLR 2 GM [methylprednisolone sod succ]	84
SODIUM CHLORIDE (PF) SOLN 0.9 % [sodium chloride]	73	SOLU-MEDROL SOLR 40 MG [methylprednisolone sod succ]	84
SODIUM CHLORIDE BACTERIOSTATIC SOLN 0.9 % [bacteriostatic sodium chloride]	73	SOLU-MEDROL SOLR 500 MG [methylprednisolone sod succ]	84
SODIUM CHLORIDE FLUSH SOLN 0.9 % [sodium chloride flush]	71	sotalol hcl tabs 120 mg	35
SODIUM CHLORIDE NEBU 0.9 % [sodium chloride (inhalant)]	100	sotalol hcl tabs 160 mg	35
SODIUM CHLORIDE SOLN 0.45 % [sodium chloride]	73	sotalol hcl tabs 240 mg	35
SODIUM CHLORIDE SOLN 0.9 % [sodium chloride (gu irrigant)]	71	sotalol hcl tabs 80 mg	35
SODIUM CHLORIDE SOLN 0.9 % [sodium chloride]	73	SOVALDI TABS 400 MG [sofosbuvir]	14
SODIUM CHLORIDE SOLN 4 MEQ/ML [sodium chloride]	73	SPIRIVA RESPIMAT AERS 2.5 MCG/ACT [tiotropium bromide monohydrate]	100
SODIUM PHOSPHATES SOLN 45 MMOLE/15ML [sodium phosphates (sodium phosphate dibasic & monobasic)]	73	spironolactone tabs 100 mg	39
sodium polystyrene sulfonate powd	97	spironolactone tabs 25 mg	39
SODIUM THIOSULFATE SOLN 25 % [sodium thiosulfate]	82	spironolactone tabs 50 mg	39
solifenacin succinate tabs 10 mg	109	spironolactone-hctz tabs 25-25 mg	39
solifenacin succinate tabs 5 mg	109	SPRYCEL TABS 100 MG [dasatinib]	21
SOLU-CORTEF SOLR 100 MG [hydrocortisone sod succinate]	83	SPRYCEL TABS 140 MG [dasatinib]	21
SOLU-CORTEF SOLR 1000 MG [hydrocortisone sod succinate]	84	SPRYCEL TABS 20 MG [dasatinib]	21
SOLU-CORTEF SOLR 250 MG [hydrocortisone sod succinate]	84	SPRYCEL TABS 50 MG [dasatinib]	21
SOLU-CORTEF SOLR 500 MG [hydrocortisone sod succinate]	84	SPRYCEL TABS 70 MG [dasatinib]	21
SOLU-MEDROL SOLR 1000 MG [methylprednisolone sod succ]	84	SPRYCEL TABS 80 MG [dasatinib]	21
SOLU-MEDROL SOLR 125 MG [methylprednisolone sod succ]	84	SSKI SOLN 1 GM/ML [potassium iodide (expectorant)]	73
		stavudine caps 15 mg	14
		stavudine caps 20 mg	14
		stavudine caps 30 mg	14
		stavudine caps 40 mg	14
		STERILANCE TL MISC [lancets]	67
		sterile water for injection soln	97
		STERILE WATER FOR INJECTION SOLN [water for injection, sterile]	73
		STERILE WATER FOR IRRIGATION SOLN [water for irrigation, sterile]	71
		STIMATE SOLN 1.5 MG/ML [desmopressin acetate]	90
		STIOLTO RESPIMAT AERS 2.5-2.5 MCG/ACT [tiotropium bromide-olodaterol hcl]	100
		streptomycin sulfat solr 1 gm	7

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

STRIVERDI RESPIMAT AERS 2.5 MCG/ACT [olodaterol hcl].....	100
succinylcholine chloride soln 20 mg/ml.....	61
sucrafate tabs 1 gm	80
sufentanil citrate soln 50 mcg/ml.....	44
sulfacetamide sodium (acne) lotn 10 % ...	104
sulfacetamide sodium soln 10 %	75
sulfacetamide-prednisolone soln 10-0.23 %	76
sulfamethoxazole-trimethoprim soln 400-80 mg/5ml	7
sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml	7
sulfamethoxazole-trimethoprim tabs 400-80 mg	7
sulfamethoxazole-trimethoprim tabs 800- 160 mg	7
sulfasalazine tabs 500 mg.....	7
sulfasalazine tbec 500 mg.....	7
sulindac tabs 150 mg.....	44
sulindac tabs 200 mg.....	44
sumatriptan soln 20 mg/act.....	50
sumatriptan soln 5 mg/act.....	50
sumatriptan succinate refill soct 6 mg/0.5ml	50
sumatriptan succinate soaj 6 mg/0.5ml.....	50
sumatriptan succinate soln 6 mg/0.5ml.....	50
sumatriptan succinate tabs 100 mg.....	50
sumatriptan succinate tabs 25 mg.....	50
sumatriptan succinate tabs 50 mg.....	50
SUPRAX TAB 400MG [cefixime].....	7
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE MISC 29G X 1/2.....	67
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE MISC 30G X 5/16.....	67
SURE COMFORT PEN NEEDLES MISC 31G X 5 MM [insulin pen needle].....	67
SUTENT CAPS 12.5 MG [sunitinib malate]	21
SUTENT CAPS 25 MG [sunitinib malate]....	21
SUTENT CAPS 37.5 MG [sunitinib malate]	21

SUTENT CAPS 50 MG [sunitinib malate]....	21
SYMFI LO TABS 400-300-300 MG [efavirenz- lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate]	14
SYMFI TABS 600-300-300 MG [efavirenz- lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate]	14
SYNAGIS SOLN 100 MG/ML [palivizumab].	14
SYNAGIS SOLN 50 MG/0.5ML [palivizumab]	14
SYNAREL SOLN 2 MG/ML [nafarelin acetate]	89

T

TABLOID TABS 40 MG [thioguanine].....	21
tacrolimus caps 0.5 mg.....	95
tacrolimus caps 1 mg.....	95
tacrolimus caps 5 mg.....	95
TACROLIMUS OINT 0.03 % [tacrolimus (topical)].....	108
TACROLIMUS OINT 0.1 % [tacrolimus (topical)].....	108
tadalafil tabs 10 mg.....	103
tadalafil tabs 2.5 mg.....	103
tadalafil tabs 20 mg.....	103
tadalafil tabs 5 mg.....	103
TAGRISO TABS 40 MG [osimertinib mesylate].....	21
TAGRISO TABS 80 MG [osimertinib mesylate].....	21
tamoxifen citrate tabs 10 mg.....	21
tamoxifen citrate tabs 20 mg.....	21
tamsulosin hcl caps 0.4 mg.....	25
TASIGNA CAPS 150 MG [nilotinib hcl].....	21
TASIGNA CAPS 200 MG [nilotinib hcl].....	21
TAXOTERE INJ 20/0.5ML [docetaxel].....	21
TAXOTERE INJ 80MG/2ML [docetaxel].....	22
tazarotene crea 0.1 %	108
TAZORAC CREA 0.05 % [tazarotene].....	108
TAZORAC GEL 0.05 % [tazarotene].....	108

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

TAZORAC GEL 0.1 % [<i>tazarotene</i>]	108	<i>theophylline er tb24 400 mg</i>	101
<i>temazepam caps 15 mg</i>	53	<i>thiamine hcl soln 100 mg/ml</i>	109
<i>temazepam caps 30 mg</i>	53	THINPRO INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 3/8	68
<i>temozolomide caps 100 mg</i>	22	THINPRO INSULIN SYRINGE/0.5ML/31G X 3/8	68
<i>temozolomide caps 140 mg</i>	22	THINPRO INSULIN SYRINGE/1ML/31G X 3/8	68
<i>temozolomide caps 180 mg</i>	22	.....	68
<i>temozolomide caps 20 mg</i>	22	THIOLA TABS 100 MG [<i>tiopronin</i>]	97
<i>temozolomide caps 250 mg</i>	22	<i>thioridazine hcl tabs 10 mg</i>	60
<i>temozolomide caps 5 mg</i>	22	<i>thioridazine hcl tabs 100 mg</i>	60
<i>temsirolimus soln 25 mg/ml</i>	22	<i>thioridazine hcl tabs 25 mg</i>	60
<i>tenofovir disoproxil fumarate tabs 300 mg</i>	14	<i>thioridazine hcl tabs 50 mg</i>	60
<i>terazosin hcl caps 1 mg</i>	32	<i>thiotepa solr 15 mg</i>	22
<i>terazosin hcl caps 10 mg</i>	32	<i>thiothixene caps 1 mg</i>	60
<i>terazosin hcl caps 2 mg</i>	32	<i>thiothixene caps 10 mg</i>	60
<i>terazosin hcl caps 5 mg</i>	32	<i>thiothixene caps 2 mg</i>	60
<i>terbinafine hcl tabs 250 mg</i>	9	<i>thiothixene caps 5 mg</i>	60
<i>terbutaline sulfate soln 1 mg/ml</i>	26	THROMBIN-JMI SOLR 20000 UNIT [<i>thrombin</i>]	30
<i>terbutaline sulfate tabs 2.5 mg</i>	26	THROMBIN-JMI SOLR 5000 UNIT [<i>thrombin</i>]	30
<i>terbutaline sulfate tabs 5 mg</i>	26	.....	30
TERUMO INSULIN SYRINGE/1ML/30G X 3/8	68	<i>timolol maleate soln 0.25 %</i>	76
.....	68	<i>timolol maleate soln 0.5 %</i>	76
<i>testosterone cypionate soln 100 mg/ml</i>	84	TIVICAY PD TBSO 5 MG [<i>dolutegravir sodium</i>]	14
<i>testosterone cypionate soln 200 mg/ml</i>	84	TIVICAY TABS 10 MG [<i>dolutegravir sodium</i>]	15
<i>testosterone gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	84	.....	15
TESTOSTERONE PROPIONATE POWD [<i>testosterone propionate (bulk)</i>]	84	TIVICAY TABS 25 MG [<i>dolutegravir sodium</i>]	15
<i>tetrabenazine tabs 12.5 mg</i>	54	.....	15
<i>tetrabenazine tabs 25 mg</i>	54	TIVICAY TABS 50 MG [<i>dolutegravir sodium</i>]	15
TETRACAINE HCL SOLN 0.5 % [<i>tetracaine hcl (ophth)</i>]	77	<i>tizanidine hcl tabs 2 mg</i>	25
<i>tetracycline hcl caps 250 mg</i>	7	<i>tizanidine hcl tabs 4 mg</i>	25
<i>tetracycline hcl caps 500 mg</i>	7	TNKASE KIT 50 MG [<i>tenecteplase</i>]	30
THALOMID CAPS 100 MG [<i>thalidomide</i>]	22	<i>tobramycin nebu 300 mg/5ml</i>	7, 99
THALOMID CAPS 150 MG [<i>thalidomide</i>]	22	<i>tobramycin soln 0.3 %</i>	75
THALOMID CAPS 200 MG [<i>thalidomide</i>]	22	<i>tobramycin sulfate soln 10 mg/ml</i>	8
THALOMID CAPS 50 MG [<i>thalidomide</i>]	22	<i>tobramycin sulfate soln 2 gm/50ml</i>	8
<i>theophylline er tb12 100 mg</i>	100	TOBEX OINT 0.3 % [<i>tobramycin (ophth)</i>]	75
<i>theophylline er tb12 200 mg</i>	100		
<i>theophylline er tb12 300 mg</i>	100		
<i>theophylline er tb12 450 mg</i>	100		

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

tolbutamide tabs 500 mg	87	triamterene-hctz caps 37.5-25 mg	71
topiramate cpsp 15 mg	49	triamterene-hctz tabs 37.5-25 mg	71
topiramate cpsp 25 mg	49	triamterene-hctz tabs 75-50 mg	71
topiramate tabs 100 mg	49	triazolam tabs 0.125 mg	53
topiramate tabs 200 mg	49	triazolam tabs 0.25 mg	53
topiramate tabs 25 mg	49	trifluoperazine hcl tabs 1 mg	60
topiramate tabs 50 mg	49	trifluoperazine hcl tabs 10 mg	60
topotecan hcl solr 4 mg	22	trifluoperazine hcl tabs 2 mg	60
torsemide tabs 10 mg	70	trifluoperazine hcl tabs 5 mg	60
torsemide tabs 100 mg	70	trifluridine soln 1 %	75
torsemide tabs 20 mg	70	trihexyphenidyl hcl tabs 2 mg	23
torsemide tabs 5 mg	70	trihexyphenidyl hcl tabs 5 mg	23
tramadol hcl tabs 50 mg	45	trimethoprim tabs 100 mg	16
tranexamic acid soln 1000 mg/10ml	30	TROPHAMINE SOLN 10 % [amino acid	
TRANSDERM-SCOP (1.5 MG) PT72 1		infusion]	69
MG/3DAYS [scopolamine]	79	tropicamide soln 0.5 %	78
tranylcyromine sulfate tabs 10 mg	60	tropicamide soln 1 %	78
TRAVASOL SOLN 10 % [amino acid		trospium chloride tabs 20 mg	109
infusion]	69	TRUXIMA SOLN 100 MG/10ML [rituximab-	
trazodone hcl tabs 100 mg	60	abbs]	22
trazodone hcl tabs 150 mg	60	TRUXIMA SOLN 500 MG/50ML [rituximab-	
trazodone hcl tabs 50 mg	60	abbs]	22
tretinoin caps 10 mg	22	TUKYSA TABS 150 MG [tucatinib]	22
tretinoin crea 0.025 %	107	TUKYSA TABS 50 MG [tucatinib]	22
tretinoin crea 0.05 %	107		
tretinoin crea 0.1 %	107		
tretinoin gel 0.01 %	107		
tretinoin gel 0.025 %	107		
triamcinolone acetonide aers 0.147 mg/gm			
.....	106		
triamcinolone acetonide crea 0.025 %	106		
triamcinolone acetonide crea 0.1 %	106		
triamcinolone acetonide crea 0.5 %	106		
triamcinolone acetonide oint 0.025 %	106		
triamcinolone acetonide oint 0.1 %	106		
triamcinolone acetonide oint 0.5 %	106		
TRIAMCINOLONE ACETONIDE POWD			
[triamcinolone acetonide (topical)]	106		
triamcinolone acetonide pste 0.1 %	106		
triamcinolone acetonide susp 40 mg/ml	84		

U

ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE MISC	
30G X 5/16	68
UNIFINE PENTIPS MISC 29G X 12MM	
[insulin pen needle]	68
UNIFINE PENTIPS PLUS MISC 29G X 12MM	
[insulin pen needle]	68
UNIFINE PENTIPS PLUS MISC 31G X 6 MM	
[insulin pen needle]	69
UNISTIK 3 EXTRA MISC [lancets misc.]	69
UROQID #2 TAB [methenamine mandelate-	
sodium phosphate monobasic]	16
ursodiol tabs 250 mg	81
ursodiol tabs 500 mg	81

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

V

valganciclovir hcl solr 50 mg/ml..... 15
valganciclovir hcl tabs 450 mg 15
valproic acid caps 250 mg 49
valproic acid soln 250 mg/5ml 49
vancomycin hcl caps 125 mg..... 8
vancomycin hcl caps 250 mg..... 8
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE SOLN 1-5 GM/200ML-% [**vancomycin hcl-dextrose**]. 8
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE SOLN 500-5 MG/100ML-% [**vancomycin hcl-dextrose**] 8
vancomycin hcl solr 1 gm 8
vancomycin hcl solr 10 gm..... 8
vancomycin hcl solr 5 gm 8
vancomycin hcl solr 500 mg..... 8
VARIZIG SOLR 125 UNIT [**varicella-zoster immune globulin (human)**]..... 102
vasopressin inj 20unt/ml 90
VECTICAL OINT 3 MCG/GM [**calcitriol (topical)**] 108
vecuronium bromide solr 10 mg 54
VELETRI SOLR 0.5 MG [**epoprostenol sodium**]..... 40
VELETRI SOLR 1.5 MG [**epoprostenol sodium**]..... 41
venlafaxine hcl er cp24 150 mg 60
venlafaxine hcl er cp24 37.5 mg 61
venlafaxine hcl er cp24 75 mg..... 61
venlafaxine hcl tabs 100 mg 61
venlafaxine hcl tabs 50 mg 61
venlafaxine hcl tabs 75 mg 61
VENOFER SOLN 20 MG/ML [**iron sucrose**] 109
VENTAVIS SOLN 10 MCG/ML [**iloprost**] 41
verapamil hcl er tbc 120 mg 36
verapamil hcl er tbc 180 mg 36
verapamil hcl er tbc 240 mg 36
verapamil hcl soln 2.5 mg/ml..... 36
verapamil hcl tabs 120 mg 36

verapamil hcl tabs 40 mg..... 36
verapamil hcl tabs 80 mg..... 36
VIDEX EC CPDR 125 MG [**didanosine**]..... 15
VIDEX SOLR 2 GM [**didanosine**] 15
vinblastine sulfate soln 1 mg/ml..... 22
vincristine sulfate soln 1 mg/ml..... 22
vinorelbine tartrate soln 10 mg/ml 22
vinorelbine tartrate soln 50 mg/5ml..... 22
VIRACEPT TABS 250 MG [**nelfinavir mesylate**]..... 15
VIRACEPT TABS 625 MG [**nelfinavir mesylate**]..... 15
vitamin d (ergocalciferol) caps 1.25 mg (50000 ut)..... 109
vitamin k1 soln 10 mg/ml..... 110
voriconazole solr 200 mg 9
voriconazole susr 40 mg/ml..... 9
voriconazole tabs 200 mg 9
voriconazole tabs 50 mg..... 9
VOSEVI TABS 400-100-100 MG [**sofosbuvir-velpatasvir-voxilaprevir**] 15
VOTRIENT TABS 200 MG [**pazopanib hcl**].. 22
VPRIV SOLR 400 UNIT [**velaglucerase alfa**] 74

W

warfarin sodium tabs 1 mg 30
warfarin sodium tabs 10 mg 30
warfarin sodium tabs 2 mg 31
warfarin sodium tabs 2.5 mg 31
warfarin sodium tabs 3 mg 31
warfarin sodium tabs 4 mg 31
warfarin sodium tabs 5 mg 31
warfarin sodium tabs 6 mg 31
warfarin sodium tabs 7.5 mg 31

X

XELJANZ TABS 10 MG [**tofacitinib citrate**] . 94
XELJANZ TABS 5 MG [**tofacitinib citrate**] ... 94

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.

XELJANZ XR TB24 11 MG [tofacitinib citrate]	94
XERAC AC SOLN 6.25 % [aluminum chloride in alcohol]	108
XOPENEX CONCENTRATE NEBU 1.25 MG/0.5ML [levalbuterol hcl]	26
XOPENEX HFA AERO 45 MCG/ACT [levalbuterol tartrate]	26
XOPENEX NEBU 0.31 MG/3ML [levalbuterol hcl]	26
XOPENEX NEBU 0.63 MG/3ML [levalbuterol hcl]	26
XOPENEX NEBU 1.25 MG/3ML [levalbuterol hcl]	26
XTANDI CAPS 40 MG [enzalutamide]	22
XYLOCAINE-MPF SOLN 1 % [lidocaine hcl (local anesth.)]	97

Z

ZARXIO SOSY 300 MCG/0.5ML [filgrastim-sndz]	31
ZARXIO SOSY 480 MCG/0.8ML [filgrastim-sndz]	31
ZELBORAF TABS 240 MG [vemurafenib]	23
ZENPEP CPEP 10000-32000 UNIT [pancrelipase (lipase-protease-amylase)]	80
ZENPEP CPEP 15000-47000 UNIT [pancrelipase (lipase-protease-amylase)]	80
ZENPEP CPEP 20000-63000 UNIT [pancrelipase (lipase-protease-amylase)]	80
ZENPEP CPEP 25000-79000 UNIT [pancrelipase (lipase-protease-amylase)]	74

ZENPEP CPEP 40000-126000 UNIT [pancrelipase (lipase-protease-amylase)]	74
ZENPEP CPEP 5000-24000 UNIT [pancrelipase (lipase-protease-amylase)]	80
ZERIT SOLR 1 MG/ML [stavudine]	15
zidovudine caps 100 mg	15
zidovudine syrps 50 mg/5ml	15
zidovudine tabs 300 mg	15
ZINC CHLORIDE SOLN 1 MG/ML [zinc chloride]	73
ZINC SULFATE CAPS 50 MG [zinc sulfate]	73
ZINC SULFATE SOLN 1 MG/ML [zinc sulfate]	73
ZINC SULFATE SOLN 5 MG/ML [zinc sulfate]	73
ziprasidone hcl caps 20 mg	61
ziprasidone hcl caps 40 mg	61
ziprasidone hcl caps 60 mg	61
ziprasidone hcl caps 80 mg	61
zoledronic acid conc 4 mg/5ml	97
zolpidem tartrate tabs 10 mg	53
zolpidem tartrate tabs 5 mg	53
zonisamide caps 100 mg	49
zonisamide caps 25 mg	49
zonisamide caps 50 mg	49
ZOSYN SOLN 2-0.25 GM/50ML [piperacillin sodium-tazobactam sodium in dextrose]	8
ZOSYN SOLN 3-0.375 GM/50ML [piperacillin sodium-tazobactam sodium in dextrose]	8
ZOSYN SOLN 4-0.5 GM/100ML [piperacillin sodium-tazobactam sodium in dextrose]	8
ZYDELIG TABS 100 MG [idelalisib]	23
ZYDELIG TABS 150 MG [idelalisib]	23
ZYVOX SOLN 200 MG/100ML [linezolid]	8

Si un medicamento no aparece en la lista, consúltelo con su farmacéutico de Kaiser Permanente.