



Kern Family Health Care (HMO D-SNP),
un plan de Medicare y Medi-Cal

2026

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos o Formulario)

**AVISO: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS
MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.**

Esta *Lista de medicamentos* fue actualizada el día 01/01/2026.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, llámenos al 1 (866) 661-3767 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo, y de lunes a viernes entre el 1.º de abril y 30 de septiembre o visite www.kernfamilyhealthcare.com.

Introducción

Este documento se llama la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también conocida como la *Lista de Medicamentos o Formulario*). Le indica qué medicamentos y productos y artículos que no son medicamentos están cubiertos por Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP). La *Lista de Medicamentos* también le indica si hay alguna regla o restricción especial sobre cualquier medicamento cubierto por Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo de la *Guía del miembro*.

Índice

A. Avisos legales.....	3
B. Preguntas frecuentes (Frequently Asked Questions, FAQ).....	12
B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> ? (Llamamos a la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> «Formulario» o « <i>Lista de Medicamentos</i> » para abreviar).	12
B2. ¿La <i>Lista de Medicamentos</i> puede cambiar?	13
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la <i>Lista de Medicamentos</i> ?	14
B4. ¿Hay restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o acciones necesarias para obtener ciertos medicamentos?	15
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si tengo que tomar alguna acción para obtener el medicamento?	16
B6. ¿Qué sucede si Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) cambia sus reglas sobre cómo cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada)?.....	16
B7. ¿Cómo puedo encontrar una medicina en la <i>Lista de Medicamentos</i> ?	17
B8. ¿Qué pasa si la medicina que quiero tomar no está en la <i>Lista de Medicamentos</i> ?	17
B9. ¿Qué sucede si soy un nuevo miembro de Kern Family Health Care Medicare (HMO D- SNP) y no encuentro mi medicina en la <i>Lista de Medicamentos</i> o tengo problemas para obtener mi medicamento?	18
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que cubran mi medicamento?	19
B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?	20
B12. ¿Cuánto tiempo se tarda en obtener una excepción?.....	20

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	20
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?.....	20
B15. ¿Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) cubre los productos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC) que no son medicamentos?	21
B16. ¿Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) cubre las recetas de suministros a largo plazo?	21
B17. ¿Puedo recibir los medicamentos en mi casa desde mi farmacia local?.....	21
B18. ¿De cuánto es mi copago?.....	21
C. Descripción general de la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i>	22
C1. Lista de Medicamentos por Tipo	24
D. Índice de Medicamentos Cubiertos	208

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1° de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1° de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**, visite www.kernfamilyhealthcare.com.



A. Avisos legales

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden obtener de Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP).

Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP), un plan de Medicare y Medi-Cal, es una organización de Medicare Advantage con contratos de Medicare y Medi-Cal. La inscripción en Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Llame a Servicios para Miembros de Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) sin costo al 1-866-661-3767 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. Visítenos en www.kernfamilyhealthcare.com.

- ❖ Puede consultar la *Lista de Medicamentos Cubiertos* actualizada de Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) en línea en www.kernfamilyhealthcare.com o llamando al 1-866-661-3767 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico, PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- ❖ Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, Braille o en audio. Llame al 1-866-661-3767 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.
- ❖ Este documento está disponible en español de forma gratuita.
- ❖ Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés y/o en un formato alternativo, comuníquese con Servicios para Miembro al 1-866-661-3767, (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**, visite www.kernfamilyhealthcare.com.



ENGLISH

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-866-661-3767 (TTY 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in Braille and large print, are also available. Call 1-866-661-3767 (TTY 711). These services are free of charge.

Arabic العربية

ب فاتصل ،بلغتك المساعدة إلى احتجت إذا :الانتباه يُرجى
المساعدات أيضًا تتوفر (TTY 711) 1-866-661-3767
بطريقة المكتوبة المستندات مثل ،الإعاقة ذوي للأشخاص والخدمات
(TTY 711) 3767 ب اتصل .الكبير والخط بريـل -1-866-661
مجانية الخدمات هذه.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեզ օգնություն է անհրաժեշտ ձեր
լեզվով, զանգահարեք 1-866-661-3767 (TTY 711): Հասանելի
են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար
նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ,
ինչպիսիք են Բրայլի գրերով և խոշոր տառերով
փաստաթղթերը: Չանգահարեք 1-866-661-3767 (TTY 711):
Այս ծառայությունները անվճար են:

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**, visite www.kernfamilyhealthcare.com.



កម្ពុជា (Cambodian-Mon-Khmer)

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-866-661-3767 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងការបោះពុម្ពផ្សាយមានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទទៅ 1-866-661-3767 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

简体中文 (Simplified Chinese)

注意：如果您需要母语帮助，请致电 1-866-661-3767 (TTY 711)。我们还提供残障人士辅助服务，例如盲文和大字印刷文件。请致电 1-866-661-3767 (TTY 711)。这些服务均免费

繁體中文 (Traditional Chinese)

注意：如果您需要母語協助，請致電 1-866-661-3767 (TTY 711)。我們也提供殘障人士輔助服務，例如點字和大字印刷文件。請致電 1-866-661-3767 (TTY 711)。這些服務均免。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با

تماس بگیرید. کمک ها و 1-866-661-3767 (TTY: 711)

خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و

چپا حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-866-661-3767

.تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند (TTY: 711).

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1° de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1° de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**, visite www.kernfamilyhealthcare.com.



हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो 1-866-661-3767 (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएँ, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-866-661-3767 (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ निःशुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog tias koj xav tau kev pab ua yog lus Hmong, hu rau 1-866-661-3767 (TTY 711). Cov kev pab thiab kev pabcuam rau cov neeg tsis taus, zoo li cov ntaub ntawv nyob rau hauv daim ntawv Braille thiab luam ntawv loj, kuj muaj. Hu rau 1-866-661-3767 (TTY 711). Cov kev pab cuam no pub dawb.

日本語 (Japanese)

ご注意：ご希望の言語でサポートが必要な場合は、1-866-661-3767（TTY 711）までお電話ください。点字や拡大文字による資料など、障がいのある方向けの支援サービスもご利用いただけます。1-866-661-3767（TTY 711）までお電話ください。これらのサービスは無料です。

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1° de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1° de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**, visite www.kernfamilyhealthcare.com.



한국어 (Korean)

주의: 한국어로 도움이 필요하시면 1-866-661-3767 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자체 문서와 같은 장애인을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수 있습니다. 1-866-661-3767 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ຂໍ້ຄວນລະວັງ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-866-661-3767 (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ, ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ຍັງມີຢູ່. ໂທ 1-866-661-3767 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

Mien

CAU FIM JANGX LONGX: Se gorngv meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac, douc waac lorz taux 1-866-661-3767 (TTY 711). Ninh mbuo mbenc duqv maaih jaa-dorngx aengx caux gong-bou jau-louc tengx ziux goux waaic fangx mienh, dorh sou zoux benx braille, nqaapv bieqc domh zei-linh. Douc waac lorz taux 1-866-661-3767 (TTY 711). Naaiv deix gong-bou jau-louc benx wangv-henh tengx hnangv oc.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información,** visite www.kernfamilyhealthcare.com.



ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-866-661-3767 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-866-661-3767 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Румынский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните по телефону 1-866-661-3767 (TTY 711). Также доступны пособия и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как документы на шрифте Брайля и крупным шрифтом. Позвоните по телефону 1-866-661-3767 (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-866-661-3767 (TTY 711). También disponemos de ayuda y servicios para personas con discapacidad, como documentos en Braille y letra grande. Llame al 1-866-661-3767 (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**, visite www.kernfamilyhealthcare.com.



Tagalog (Filipino)

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-866-661-3767 (TTY 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento nasa braille at malaking print. Tumawag sa 1-866-661-3767 (TTY 711). Ang mga serbisyong ito ay walang bayad.

ภาษาไทย (Thai)

หมายเหตุ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทร 1-866-661-3767 (TTY 711)

นอกจากนี้ยังมีบริการช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และเอกสารตัวพิมพ์ใหญ่ โปรดโทร 1-866-661-3767 (TTY 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Українська (Ukrainian)

УВАГА: Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, зателефонуйте за номером 1-866-661-3767 (TTY 711). Також доступні допоміжні засоби та послуги для людей з інвалідністю, такі як документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Зателефонуйте за номером 1-866-661-3767 (TTY 711). Ці послуги безкоштовні.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1° de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1° de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información,** visite www.kernfamilyhealthcare.com.



Tiếng Việt (Vietnamese)

LƯU Ý: Nếu bạn cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi số 1-866-661-3767 (TTY 711). Các dịch vụ hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu chữ nổi và chữ in lớn, cũng có sẵn. Gọi số 1-866-661-3767 (TTY 711). Các dịch vụ này miễn phí.

Otros idiomas

Puede obtener esta *Guía del miembro* y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo. Kern Family Health Care (D-SNP) ofrece traducciones escritas de traductores calificados. Llame a Servicios para Miembros de Kern Family Health Care (HMO D-SNP) al 1-866-661-3767 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico, PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Lea la *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los servicios de asistencia de idiomas para la atención médica, como los servicios de intérpretes y de traducción.

Otros formatos

Puede obtener esta información de manera oportuna en otros formatos como Braille, letra grande de tamaño 20, formato de audio y formatos electrónicos accesibles (CD de datos) sin costo. Llame a Servicios para Miembros de Kern Family Health Care (HMO D-SNP) al 1-866-661-3767 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico, PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**, visite www.kernfamilyhealthcare.com.



Servicios de intérprete

Kern Family Health Care (D-SNP) ofrece servicios de interpretación oral, así como lenguaje de señas, de parte de intérpretes calificados, las 24 horas, sin costo para usted. No tiene que pedirle a un familiar o a un amigo que sea su intérprete. No recomendamos el uso de menores de edad como intérpretes, a menos que sea una emergencia. Los servicios de intérpretes, lingüísticos y culturales están disponibles de manera gratuita. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener ayuda en su idioma, o para obtener este manual en otro idioma, llame al Servicios para Miembros de Kern Family Health Care (HMO D-SNP) al 1-866-661-3767 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico, PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.

- Usted puede pedir que siempre le enviemos información en el idioma o formato que necesita. Esto se llama una solicitud permanente.
- Mantendremos un registro de su solicitud permanente, por lo que no será necesario que realice solicitudes separadas cada vez que le enviemos información.
- Para cancelar o hacer un cambio a su solicitud permanente, llame a Servicios para Miembros al 1-866-661-3767, (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**, visite www.kernfamilyhealthcare.com.



B. Preguntas frecuentes (Frequently Asked Questions, FAQ)

Encuentre aquí las respuestas a las preguntas que tenga sobre esta *Lista de Medicamentos Cubiertos* (*Lista de Medicinas*). Puede leer todas las FAQ para obtener más información o buscar una pregunta y respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*? (Llamamos a la *Lista de Medicamentos Cubiertos* «Formulario» o «*Lista de Medicamentos*» para abreviar).

Las medicinas de la *Lista de Medicamentos* que empiezan en la **Sección C1** son los medicamentos cubiertos por Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP). Los medicamentos están disponibles en las farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un acuerdo con ellos para trabajar con nosotros y brindarle servicios. Nos referimos a estas farmacias como «farmacias de la red».

Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta sin receta (Over-The-Counter, OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273. Por favor traiga su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (Beneficiary Identification Card, BIC) de Medi-Cal cuando reciba recetas a través de Medi-Cal Rx.

- Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) cubrirá todos los medicamentos médicamente necesarios en la *Lista de Medicamentos* si:
 - Su médico u otra persona autorizada para recetar le dice que los necesita para mejorar o mantenerse saludable,
 - Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) está de acuerdo en que el medicamento es médicamente necesario para usted, **y**
 - Usted surte la receta en una farmacia de la red Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP).
- En algunos casos, usted tiene que hacer algo antes de poder obtener un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en www.kernfamilyhealthcare.com o llame a Servicios para Miembros al 1-866-661-3767, (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana entre 1.º y 31 de marzo, y de lunes a viernes entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre o visite www.kernfamilyhealthcare.com.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**, visite www.kernfamilyhealthcare.com.



B2. ¿La *Lista de Medicamentos* puede cambiar?

Sí, y Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) debe seguir las reglas de Medicare y Medi-Cal al hacer cambios. Podemos agregar o eliminar medicamentos en la *Lista de Medicamentos* durante el año.

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

- Decidir si se requiere o no autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es el permiso de Kern Family Health Care Medicare [HMO D-SNP] antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se llama límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento. (La terapia escalonada significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

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

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

- un medicamento nuevo y más barato salga al mercado que funciona tan bien como un medicamento de la *Lista de Medicamentos* ahora, o
- aprendemos que un medicamento no es seguro, o
- un medicamento sea retirado del mercado.

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

- Puede consultar la *Lista de Medicamentos* actualizada de Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) en línea en www.kernfamilyhealthcare.com. Las actualizaciones de la *Lista de Medicamentos* se publican mensualmente en el sitio web.
- También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-866-661-3767 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico, PST), los 7 días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre para verificar la *Lista de Medicamentos* actual.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**, visite www.kernfamilyhealthcare.com.



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

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

- **Sustituciones de ciertas versiones nuevas de medicamentos.** Podemos retirar inmediatamente los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* si los reemplazamos con ciertas versiones nuevas de ese medicamento, pero su costo para el nuevo medicamento seguirá siendo \$0. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca, o el producto biológico original, en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que ocurra.
 - Podemos hacer estos cambios solo si el medicamento que estamos agregando:
 - es una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o
 - es una nueva versión biosimilar de un producto biológico original en la *Lista de Medicamentos* (por ejemplo, cuando se agrega un biosimilar intercambiable que puede sustituirse por un producto biológico original sin una nueva prescripción).
 - Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la **Sección B14**.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Elimine los medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado.** A veces, un medicamento puede ser volverse inseguro o ser retirado del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos retirarlo inmediatamente de la *Lista de Medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de que realicemos el cambio.
 - Usted puede trabajar con su médico u otra persona autorizada para recetar para encontrar otro medicamento para su condición. Por favor, hable con su médico u otra persona autorizada para recetar si necesita ayuda para encontrar un medicamento diferente que sea seguro para usted.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información,** visite www.kernfamilyhealthcare.com.



- Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico, PST), los 7 días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre.

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

- La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) proporciona nuevas directrices o hay nuevas normas clínicas sobre un medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca de la *Lista de Medicamentos* cuando agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, o
- eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar, o
- cambiamos las reglas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando estos cambios ocurran, vamos a:

- informarle al menos 30 días antes de que hagamos el cambio a la *Lista de Medicamentos* o
- informarle y darle un suministro del medicamento para 30 días después de que pida un surtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona autorizada para recetar. Ellos pueden ayudarle a decidir:

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

B4. ¿Hay restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o acciones necesarias para obtener ciertos medicamentos?

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

- **Autorización previa:** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otra persona autorizada para recetar deben obtener la autorización de Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) antes de surtir su receta. La autorización previa es diferente a

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información,** visite www.kernfamilyhealthcare.com.



una referencia. Es posible que Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) no cubra el medicamento si no obtiene autorización previa.

- **Límites de cantidad:** A veces, Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) limita la cantidad de un medicamento que puede obtener.
- **Terapia escalonada:** A veces, Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) requiere que usted haga terapia escalonada. Esto significa que tendrá que probar medicamentos en un orden determinado para su condición médica. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si su médico piensa que el primer medicamento no funciona para usted, entonces cubriremos el segundo.

Puede conocer si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando en las tablas de la **Sección C1**. También puede obtener más información en nuestro sitio web, www.kernfamilyhealthcare.com Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y de terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción de estos límites. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona autorizada para recetar. Pueden ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que puede tomar en su lugar, o si desea solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si tengo que tomar alguna acción para obtener el medicamento?

La tabla en la sección titulada «Lista de Medicamentos por tipo» tiene una columna marcada como «Acciones necesarias, restricciones o límites de uso».

B6. ¿Qué sucede si Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) cambia sus reglas sobre cómo cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada)?

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

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información,** visite www.kernfamilyhealthcare.com.



B7. ¿Cómo puedo encontrar una medicina en la *Lista de Medicamentos*?

Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

- puede buscar por orden alfabético, o
- puede buscar por tipo de medicamento.

Para buscar **por orden alfabético**, busque su medicamento en la sección del Índice de Medicamentos Cubiertos. Lo puede encontrar a partir de la página 208. El Índice proporciona una lista por orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Los medicamentos de marca y los genéricos aparecen en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

Para buscar **por tipo de medicamento**, busque la **Sección C1** llamada «Lista de medicamentos por tipo». Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías según su tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para las migrañas, debe buscarlo en la categoría de agentes contra la migraña. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan las migrañas.

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

Si no encuentra su medicina en la *Lista de Medicamentos*, llame a Servicios para Miembros al 1-866-661-3767 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico, PST), los 7 días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre y para preguntar al respecto. Si se enterá de que Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) no cubrirá el medicamento, puede hacer una de las siguientes cosas:

- Pida a *Servicios para Miembros* una lista de medicamentos similares al que usted desea tomar. Luego muestre la lista a su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Pueden recetarle una medicina de la *Lista de Medicamentos* que sea similar al que usted desea tomar. O
- Pida a Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**, visite www.kernfamilyhealthcare.com.



B9. ¿Qué sucede si soy un nuevo miembro de Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) y no encuentro mi medicina en la *Lista de Medicamentos* o tengo problemas para obtener mi medicamento?

Nosotros le podemos ayudar. Es posible que cubramos un suministro temporal de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días que usted se hace miembro de Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP). Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarle a decidir si hay una medicina similar en la *Lista de Medicamentos* que usted puede tomar en su lugar, o si necesita pedir una excepción.

Si le dieron su receta por menos días, permitiremos múltiples surtidos para ofrecerle hasta un máximo de 30 días de medicamento.

Cubriremos un suministro de 30 días de su medicamento si:

- está tomando una medicina que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*, o
- nuestras reglas del plan no le permiten obtener la cantidad ordenada por la persona autorizada para recetar, o
- el medicamento requiere autorización previa de Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP), o
- si usted está tomando un medicamento que es parte de una restricción de terapia escalonada.

Si está tomando un medicamento que Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) no considera un medicamento de la Parte D, y la medicina no está en la *Lista de Medicamentos*, y tiene problemas para obtener el medicamento, es posible que esté cubierto a través de Medi-Cal Rx. Si un medicamento excluido de la Parte D requiere una excepción, y usted tiene una emergencia, Medi-Cal Rx permitirá un suministro del medicamento para no menos de 72 horas. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273. Por favor traiga su tarjeta de identificación de Medi-Cal (BIC) para obtener recetas a través de Medi-Cal Rx.

Si está en un hogar de ancianos u otro centro de atención a largo plazo y necesita una medicina que no está en la *Lista de Medicamentos*, o si no puede obtener fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudarle. Si usted ha estado en el plan por más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro de 34 días del medicamento que necesita (a menos que tenga una receta para menos días), sea o no un nuevo miembro de Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP).

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**, visite www.kernfamilyhealthcare.com.



- Esto es adicional al suministro temporal durante los primeros 90 días que usted es miembro de Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP).

Si usted es un miembro actual que se muda de un entorno de tratamiento a otro, esto se conoce como cambio del nivel de atención. Los ejemplos incluyen:

- Miembros que ingresan a centros de atención a largo plazo desde el hospital.
- Miembros que son dados de alta de un hospital a su hogar.
- Miembros que terminan su estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare y que necesitan volver al formulario de su plan de la Parte D.
- Miembros que renuncian a su condición como pacientes de hospicio para volver a los beneficios estándar de Medicare Partes A y B.
- Los miembros que terminan una estadía en un centro de atención a largo plazo y regresan a la comunidad.
- Miembros que son dados de alta de un hospital psiquiátrico con regímenes de medicamentos altamente personalizados.

Si tiene un cambio de nivel de atención, para cada una de sus medicinas que no están en nuestra Lista de Medicamentos, o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 31 días cuando vaya a una farmacia dentro de la red. Después de su primer suministro de 31 días, no pagaremos por estos medicamentos. En estos casos, tiene dos opciones:

- Pida a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares al que desea tomar. Luego muestre la lista a su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Pueden recetarle una medicina de la Lista de Medicamentos que sea similar al que desea tomar, o
- Puede pedirle a Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) que haga una excepción para cubrir su medicamento. Por favor vea la Sección B10 para obtener más información sobre las excepciones.

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que cubran mi medicamento?

Sí. Puede pedirle a Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) que haga una excepción para cubrir una medicina que no está en la *Lista de Medicamentos*.

También puede pedirnos que cambiemos las reglas sobre su medicamento.

- Por ejemplo, Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) puede limitar la cantidad de un medicamento que cubrimos. Si su medicamento tiene un límite, puede pedirnos que cambiemos el límite y cubramos más.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**, visite www.kernfamilyhealthcare.com.



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

B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?

Para pedir una excepción, llame a su equipo de atención. Su equipo de atención trabajará con usted y su médico para ayudarle a pedir una excepción. También puede leer **el Capítulo 9, Sección G2**, del *Manual para miembros* para obtener más información sobre las excepciones.

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

Después de que recibamos una declaración de su prescriptor que apoye su solicitud de excepción, le daremos una decisión dentro de 72 horas. Su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede enviar por fax o por correo electrónico la declaración a su equipo de atención médica. O su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede informarnos por teléfono y luego enviar por fax o por correo electrónico un estado de cuenta. Puede llamar a su equipo de atención al 1-833-546-0101 (TTY: 711), los 7 días a la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre, para obtener más información.

Si usted o su prescriptor piensan que su salud puede verse perjudicada si tiene que esperar 72 horas para una decisión, puede solicitar una excepción urgente. Esta es una decisión más rápida. Si su prescriptor apoya su solicitud, le daremos una decisión dentro de 24 horas de haber recibido la declaración de apoyo de su prescriptor.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están compuestos de los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general cuestan menos que los medicamentos de marca y generalmente funcionan igual de bien. Por lo general no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente pueden sustituirse por medicamentos de marca en la farmacia sin una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) cubre los medicamentos de marca y los genéricos.

B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

Cuando nos referimos a medicamentos, estos podrían ser un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos comunes. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos comunes, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas que se llaman biosimilares. En general, los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**, visite www.kernfamilyhealthcare.com.



original y pueden costar menos. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, refiérase al **Capítulo 5** del *Manual para miembros*.

B15. ¿Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) cubre los productos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC) que no son medicamentos?

Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) cubre algunos productos de OTC que no son medicamentos cuando su proveedor los escribe en la receta médica.

Algunos ejemplos de productos de OTC que no son medicamentos incluyen suministros asociados con la inyección de insulina.

Puede leer la *Lista de Medicamentos* de Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) para saber qué productos que no son medicamentos de OTC están cubiertos.

B16. ¿Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) cubre las recetas de suministros a largo plazo?

- **Programas de pedidos por correo postal.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo postal que le permite obtener un suministro de hasta 100 días de sus medicamentos enviados directamente a su casa. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que el de un suministro de un mes.
- **Programas de farmacia minoristas de 100 días.** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer un suministro de hasta 100 días de medicamentos cubiertos. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que el de un suministro de un mes.

B17. ¿Puedo recibir los medicamentos en mi casa desde mi farmacia local?

Es posible que su farmacia local pueda entregar sus medicamentos hasta su casa. Puede llamar a su farmacia para saber si ofrecen entrega a domicilio.

B18. ¿De cuánto es mi copago?

Los miembros de Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) tienen un copago de \$0, \$1.60 o \$4.90 por receta y por productos de venta libre que no son medicamentos si el miembro sigue las reglas del plan. Consulte las preguntas B15 y B16 para obtener más información sobre medicamentos de venta libre y los productos que no son medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información,** visite www.kernfamilyhealthcare.com.



Los niveles son grupos de medicinas en nuestra *Lista de Medicamentos*.

- Las medicinas del nivel 1 son nuestros medicamentos genéricos preferidos. El copago será de \$0.
- Las medicinas del nivel 2 son los medicamentos genéricos no preferidos. El copago será de \$0 o \$1.60. El anexo del subsidio por bajos ingresos le dirá cuánto va a pagar.
- Las medicinas del nivel 3 son los medicamentos de marca. El copago será de \$0 o \$4.90. El anexo del subsidio por bajos ingresos le dirá cuánto va a pagar.
- Las medicinas del nivel 4 son medicamentos no preferidos. El copago será de \$0, \$1.60 o \$4.90. El anexo del subsidio por bajos ingresos le dirá cuánto va a pagar.
- Las medicinas de nivel 5 son medicamentos de especialidad. El copago será de \$0, \$1.60 o \$4.90. El anexo del subsidio por bajos ingresos le dirá cuánto va a pagar.
- Los medicamentos del nivel 6 son medicamentos seleccionados para el tratamiento de enfermedades como la diabetes, presión arterial alta y colesterol alto. El copago será de \$0.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-866-661-3767, (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico, PST), los 7 días de la semana entre el 1.º y el 31 de marzo, y de lunes a viernes entre 1.º de abril y 30 de septiembre o visite www.kernfamilyhealthcare.com.

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

La *Lista de Medicamentos Cubiertos* le informa sobre los medicamentos cubiertos por Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP). Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de Medicamentos Cubiertos que comienza en la **Sección D, página 208**. El índice es una lista en orden alfabético de todos los medicamentos cubiertos por Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP).

Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273. Por favor traiga su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando vaya a recibir recetas a través de Medi-Cal Rx.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**, visite www.kernfamilyhealthcare.com.



Apelaciones bajo la parte D

- Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la cambiemos si cree que cometimos un error.
- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted quiere no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare o Medi-Cal.
- Si usted o la persona autorizada para recetar no están de acuerdo con nuestra decisión, ustedes pueden apelar. Si llega a tener alguna pregunta, llame a su equipo de atención al 1-833-546-0101 (TTY: 711), 7 días a la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre.
- También puede leer **el Capítulo 9** del *Manual para miembros* para aprender cómo apelar una decisión.
- Los medicamentos que no son de la Parte D tienen reglas diferentes para las apelaciones.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**, visite www.kernfamilyhealthcare.com.



C1. Lista de Medicamentos por Tipo

Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para las migrañas, debe buscar en la categoría de agentes contra la migraña. Ahí es donde encontrará los medicamentos para tratar las migrañas.

Tabla de abreviaturas

Estos son los significados de los códigos utilizados en la columna «Acciones necesarias, restricciones o límites de uso».

Código	Significado
Límite de edad (EDAD)	Limita el uso de un medicamento dependiendo la edad.
Beneficio limitado (Capped Benefit, CB)	Este medicamento tiene un límite específico, o cantidad por mes, y no permite que se surta antes.
Medicamento excluido (EX)	Este medicamento recetado generalmente no está cubierto en un plan de medicamentos recetados de Medicare. La cantidad que usted paga al recibir un surtido de este medicamento no cuenta para el costo total de su medicamento (es decir, la cantidad que paga no le ayuda a calificar para una cobertura por un hecho catastrófico). Además, si está recibiendo ayuda adicional para pagar sus recetas, es posible que no sea elegible para recibir ayuda adicional para pagar este medicamento a través de otros programas.
Acceso limitado (LA)	Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información consulte su Directorio de Farmacias o llame al 1-866-661-3767 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico, PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre.
Pedido que no puede ser enviado por correo (NM)	Este medicamento no está disponible por correo postal.
Suministro no extendible (NDS)	Los planes pueden optar por limitar medicamentos específicos para un suministro de 30 días solamente.
Autorización Previa (PA)	Usted (o su médico) están obligados a obtener la autorización previa de Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) antes de surtir su receta para este medicamento. Sin autorización previa, es posible que Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) no cubra este medicamento.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**, visite www.kernfamilyhealthcare.com.



Código (continuación)	Significado
Autorización Previa: Plan B vs Plan D (PA BvD)	El proceso de decisión requerido para determinar si una receta específica debe estar cubierta o no como un beneficio de la Parte B o de la Parte D.
Autorización Previa para nuevos inicios únicamente (PA NSO)	Un miembro nuevo en un tratamiento con medicamentos. La primera vez que un miembro ha tomado ese medicamento específico con la administración de utilización (Utilization Management, UM) que especifica un proceso que requiere que los miembros obtengan la aprobación previa del plan para la cobertura antes de que se brinde un servicio o se surta una receta.
Autorización Previa para medicamento de alto riesgo (PA HRM)	Este medicamento ha sido considerado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) como un medicamento potencialmente dañino y, por lo tanto, un medicamento de alto riesgo para los beneficiarios de Medicare de 65 años o más. Sin autorización previa, este medicamento puede no estar cubierto.
Autorización Previa para nuevos comienzos solo para medicamento de alto riesgo (PA NSO-HRM).	Si usted es un miembro nuevo, usted (o su médico) deben obtener una autorización previa antes de surtir su receta para este medicamento. Los CMS han considerado que este medicamento es potencialmente dañino y, por lo tanto, un medicamento de alto riesgo para los beneficiarios de Medicare de 65 años o más. Sin autorización previa, este medicamento puede no estar cubierto.
Límite de cantidad (QL)	Una forma de administración de utilización (UM) que especifica limitaciones de cantidad o restricciones en las recetas a lo largo del tiempo. Las limitaciones de cantidad pueden adoptar diversas formas, siendo la más común de las restricciones diarias y mensuales sobre la emisión de cantidades o la reemisión de una receta.
Terapia Escalonada (ST)	Antes de que Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) proporcione cobertura para este medicamento, primero debe probar otro(s) medicamento(s) para tratar su enfermedad. Este medicamento solo puede estar cubierto si otro(s) medicamento(s) no le funcionan.

La primera columna de la tabla muestra en una lista el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos se muestran en la lista en cursiva minúscula (por ejemplo, *amoxicilina*), los medicamentos de marca están en mayúsculas (por ejemplo, ELIQUIS) y los productos de venta libre que no son medicamentos están en mayúsculas (por ejemplo, JERINGA DE INSULINA 1 ML). La información en la columna “Requisitos/Límites” le indica si Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) tiene alguna regla para cubrir su medicamento.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1° de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1° de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**, visite www.kernfamilyhealthcare.com.



Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	28
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	46
Agentes Antiansiedad	47
Agentes Antidemencia	48
Agentes Antidiabetico	49
Agentes Antigota	54
Agentes Antimigraña	54
Agentes Antinausea	55
Agentes Antiparasitarios	56
Agentes Antiparkinson	57
Agentes Antipsicóticos	59
Agentes Calóricos	66
Agentes Cardiovasculares	66
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	76
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	76
Agentes De Trastorno De Sueño	77
Agentes Del Sistema Nervioso Central	78
Agentes Del Tracto Respiratorio	81
Agentes Dentales Y Orales	85
Agentes Dermatológicos	86
Agentes Gastrointestinales	91
Agentes Genitourinarios	94
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	95
Agentes Inmunológicos	100
Agentes Oftálmicos	111
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	112
Agentes Terapeuticos Misceláneos	116
Agentes Vasodilatadores	117
Analgésicos	118
Anestésicos	121
Antagonistas De Metales Pesados	122
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	122
Antibacterianos	123
Anticonceptivos	129
Anticonvulsivos	137
Antidepresivos	143
Antifúngicos	146
Antihistamínicos	149
Antimicobacteriales	149

Antivirales (Sitémico).....	149
Cofactores Enzimáticos/Otros.....	157
Dispositivos.....	157
Preparaciones De Reemplazo.....	200
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen.....	201
Reemplazo/Modificadores De Enzima.....	204
Relajantes Musculares Esqueléticos.....	205
Vitaminas Y Minerales.....	205

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
AVMAPKI ORAL CAPSULE 0.8 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (66 per 28 days)
AXTLE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
BENDAMUSTINE INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene topical gel 1 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
BIZENGRI INTRAVENOUS SOLUTION 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (75 per 28 days)
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
BORUZU INJECTION SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA NSO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 500 mg/ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 28 days)
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
DATROWAY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA NSO
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER, SUV, P/F 40 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (9.5 per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
EMRELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 20 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FAKZYNJA ORAL TABLET 200 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA BvD
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (280 per 28 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA NSO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA NSO

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (15 per 8 days)
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (40 per 28 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**

visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA NSO
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (64 per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**

visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 300 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 20 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XALKORI ORAL PELLETT 50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (16 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ZIIHERA INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**

visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
ZOLADEx SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (240 per 180 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Agentes Antiansiedad		
Benzodiacepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; NM; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; NM; QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (1200 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concent</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam 4 mg/ml vial inner</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; NM; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; NM; QL (150 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; NM; QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 22.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (120 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**

visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>dapagliflozin propanediol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 750 mg, 850 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (60 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA; QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (1.6 ML)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)

Sulfonilureas

<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (120 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**

visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Agentes Antimigraña		
Agentes Antimigraña		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA; QL (1 per 30 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA; QL (3 per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (9 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 75 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA; QL (18 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject outer, sub</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (5 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA; QL (16 per 30 days)
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA; QL (60 per 30 days)
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine rectal suppository 25 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA-HRM; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (180 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>benzotropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (600 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 2 mg, 4 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (560 per 28 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (4.8 per 365 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (3.2 per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.75 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (1 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (1.5 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 351 MG/2.25 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (2.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.5 per 21 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	ST
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	ST
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (2.63 per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lurasidone oral tablet 120 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (1 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>prochlorperazine 10 mg/2 ml vial 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (6 per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; QL (180 per 30 days)
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 50-25 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>diltiazem 24hr er 360 mg cap once-a-day dosage</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>diltiazem 24hr er 420 mg cap</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**

visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (600 per 30 days)
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (4 per 30 days)
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina li		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLETS 15-16 MG, 6-6 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (240 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-25 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid oral tablet 5-160-12.5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	ST; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	ST; QL (120 per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	ST; QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	ST; QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablets, sequential 15 mg (am)/ 15 mg (pm), 30 mg (am)/ 15 mg (pm), 45 mg (am)/ 15 mg (pm), 60 mg (am)/ 30 mg (pm), 90 mg (am)/ 30 mg (pm)</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (120 per 30 days)
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (300 per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
RAYALDEE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
STOBOCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (1 per 180 days)
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (2.24 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
Agentes De Trastorno De Sueño		
Agentes De Trastorno De Sueño		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG, 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; QL (112 per 28 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 231 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (560 per 28 days)
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA 90-80 MCG INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (32.1 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
<i>breyana inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (24 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
Antileucotrinos		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
Broncodilatadores		
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (32.1 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (8 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (4 per 28 days)
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales		
Agentes Dentales Y Orales		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoride (sodium) dental gel 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 7.5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (100 per 30 days)
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (30 per 30 days)
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fluorouracil topical solution 2 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fluorouracil topical solution 5 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (24 per 30 days)
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (60 per 28 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (180 per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**

visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (220 per 30 days)
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ssd topical cream 1 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Acidos		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	ST; QL (60 per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Laxantes		
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram, 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 8 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA; QL (300 per 30 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
<i>abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>abigale oral tablet 1-0.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**

visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln dlf 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Pituitario		
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
NORDITROPIN FLEXPOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
Progestinas		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (0.65 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA BvD
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (drlec) 180 mg, 360 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (19)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA BvD

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	ST
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>ustekinumab subcutaneous solution 45 mg/0.5 ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>ustekinumab subcutaneous syringe 45 mg/0.5 ml, 90 mg/ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
Vacunas		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
DENGVAIXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IXCHIQ (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) INTRAMUSCULAR KIT 0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10-5 MCG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2-3.3CCID50/0.5ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	\$0 copay
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %, 0.2 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (5 per 30 days)
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta		
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (3.5 per 4 days)
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**

visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
XDEMYV OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 25 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (15 per 10 days)
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 %	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (12 per 28 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.2 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>glucagon emergency kit (human) injection recon soln 1 mg</i>	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (12 per 30 days)
Agentes Vasodilatadores		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; QL (60 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; QL (360 per 30 days)
<i>sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	EX; CB (6 EA per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; QL (30 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS

Analgésicos

Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos

<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 25 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 75 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram lactuation(2 %)</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (224 per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**

visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ibu oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 per 30 days)
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA-HRM; QL (20 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naproxen oral tablet,delayed release (drlec) 375 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5 ml cup inner 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; NM; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; NM; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (180 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-acetaminop-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA-HRM; NDS; NM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg, 50-325-40 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; NM; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; NDS; NM; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (240 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (180 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	NDS; NM; QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 60 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (90 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 200 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	NDS; NM; QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; NM; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (300 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>dermacinrx lidocan 5% patch outer</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; QL (90 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; QL (240 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (235.2 per 28 days)
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml), 150 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohydr/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; LA; NDS

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg, 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>meropenem intravenous recon soln 2 gram</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
Cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>cefepime intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>cefepime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (20 per 10 days)
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
LENTOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**

visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag suv, plf, inner</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**

visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (1 per 28 days)
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (1 per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (91 per 84 days)
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (91 per 84 days)
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>lutra (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>meleya oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>mili oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (3 per 28 days)
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28), 0.25-0.035 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>orquidea oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tri-lynyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>valtya oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos		
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg, 200 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 5-7.5-10 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>diazepam rectal kit 2.5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,500 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	ST
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg per 2 ml, 500 mg per 10 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (180 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	ST
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (10 per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO-HRM; NM; NDS; AGE (Max 64 Years)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	ST
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	ST
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (1080 per 30 days)

Antidepresivos

Antidepresivos

<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**

visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(drlec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 14 days)
Antifúngicos		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	PA BvD
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (19.8 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
CRESEMBA INTRAVENOUS RECON SOLN 372 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>econazole nitrate topical cream 1 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (360 per 30 days)
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
Antivirales (Sitémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml), 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 133-200 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 200-25-300 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (480 per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**

visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK), 300 MG (5-TABLET PACK)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (20 per 5 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (11 per 28 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	QL (60 per 180 days)
Interferones		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cofactores Enzimáticos/Otros		
Cofactores Enzimáticos/Otros		
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
Dispositivos		
Dispositivos		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**

visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ALCOHOL 70% SWABS	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
ALCOHOL WIPES TOPICAL PADS, MEDICATED	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
AUTOSHIELD DUO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD INS SYR UF 0.3 ML 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD INS SYR UF 0.5 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE, MINI, HRI 32 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
CURITY GAUZE PADS 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 8MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DROPLET INS 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM 29 GAUGE X 3/8"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 4MM 29 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G 8MM 1/2 ML 29 X5/16 "	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM 1 ML 29 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 29	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
GNP CLICKFINE 31G X 1/4" NDL 6MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
GNP CLICKFINE 31G X 5/16" NDL 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
GNP ULT CMFRT 0.5 ML 29GX1/2" 1/2 ML 29	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 30 GAUGE	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
GS PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
GS PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYR 0.5 ML 28G 12.7MM (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (RX) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 12.7MM (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS SYRINGE 1 ML	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM (RX) 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
IV ANTISEPTIC WIPES	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**

visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MS INSULIN SYR 1 ML 31GX5/16" (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
NOVOFINE 30 NEEDLE	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
NOVOTWIST NEEDLE 32 GAUGE X 1/5"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (1 per 365 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLE 31G X 1/4" HRI 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLE 6MM 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLES 5MM 31G 31GX5MM,STRL,MINI (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PREFPLS INS SYR 1 ML 30GX5/16" (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 30G 8MM (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SAFETY 0.5 ML 29GX1/2 (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 29G 12.7MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFE 0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ULTRA-FINE 0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NDL 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA; ST
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
V-GO 20 DEVICE	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
V-GO 30 DEVICE	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
V-GO 40 DEVICE	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	\$0 (Nivel 1)	PA; ST

Preparaciones De Reemplazo

Preparaciones De Reemplazo

<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchl'r intravenous parenteral solution</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información**

visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (18 per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (600 per 30 days)
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	ST; QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BRILINTA ORAL TABLET 90 MG	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Modificadores De Formación De Sangre		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 25 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days)
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	PA; QL (4 per 28 days)
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
CREON ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500-15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
<i>javygtor oral tablet, soluble 100 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 5)	PA; NM; LA; NDS

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000-84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000-168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT	\$0 or \$4.90 (Nivel 3)	
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, \$1.60, or \$4.90 (Nivel 4)	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 or \$1.60 (Nivel 2)	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg - 374 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>o-cal prenatal oral tablet 15 mg iron- 1,000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pnv 29-1 oral tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prena1 true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatal low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>preplus oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pretab oral tablet 29-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron- 1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triveen-duo dha oral combo pack 29-1-400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>virt-c dha oral capsule 35-1-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>virt-pn plus oral capsule 28-1-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vitafol nano oral tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg- 260 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vp-pnv-dha oral capsule 28 mg iron- 1 mg-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las página 24.

Si tiene preguntas, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 TTY (711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), los 7 días de la semana del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada gratuita. **Para obtener más información** visite www.kernfamilyhealthcare.com.

01/01/2026

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

En esta sección, puede encontrar un medicamento buscando su nombre en orden alfabético. Esto le dirá el número de página donde puede encontrar información adicional de cobertura para su medicamento.



Si tiene alguna pregunta, llame a Kern Family Health Care Medicare (D-SNP) al 1-866-661-3767 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico, PST), los 7 días de la semana del 1° de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1° de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.kernfamilyhealthcare.com.

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS..	157	<i>albendazole</i>	56	<i>ampicillin</i>	127
1ST TIER UNIFINE PENTIPS		<i>albuterol sulfate</i>	84	<i>ampicillin sodium</i>	127
PLUS.....	157	ALCOHOL PADS.....	158	<i>ampicillin-sulbactam</i>	127
<i>abacavir</i>	149	ALCOHOL PREP PADS.....	176	<i>anagrelide</i>	201
<i>abacavir-lamivudine</i>	149	ALCOHOL SWABS.....	158	<i>anastrozole</i>	28
ABELCET.....	146	ALCOHOL WIPES.....	158	ANKTIVA.....	28
<i>abigale</i>	96	ALECENSA.....	28	ANORO ELLIPTA.....	84
<i>abigale lo</i>	96	<i>alendronate</i>	76, 77	<i>aprepitant</i>	55
ABILIFY ASIMTUFII.....	59	<i>alfuzosin</i>	94	<i>apri</i>	129
ABILIFY MAINTENA.....	59	<i>aliskiren</i>	75	APTIVUS.....	150
<i>abiraterone</i>	28	<i>allopurinol</i>	54	AQINJECT PEN NEEDLE.....	158
<i>abirtega</i>	28	<i>alosetron</i>	76	ARCALYST.....	100
ABOUTTIME PEN NEEDLE.....	157	<i>alprazolam</i>	47	AREXVY (PF).....	106
ABRYSVO (PF).....	106	<i>altavera</i> (28).....	129	ARIKAYCE.....	123
<i>acamprosate</i>	46	ALTRENO.....	91	<i>aripiprazole</i>	59
<i>acarbose</i>	49	ALUNBRIG.....	28	ARISTADA.....	60
<i>acebutolol</i>	67	ALVAIZ.....	203	ARISTADA INITIO.....	59
<i>acetaminophen-codeine</i>	119	<i>alyacen 1/35</i> (28).....	129	<i>armodafinil</i>	77
<i>acetazolamide</i>	111	<i>alyacen 7/7/7</i> (28).....	129	ARNUITY ELLIPTA.....	83
<i>acetazolamide sodium</i>	111	ALYFTREK.....	81	<i>asenapine maleate</i>	60
<i>acetic acid</i>	112	<i>alyq</i>	117	<i>aspirin-dipyridamole</i>	202
<i>acetylcysteine</i>	81	<i>amantadine hcl</i>	57, 58	ASSURE ID DUO PRO SFTY	
<i>acitretin</i>	89	<i>amethyst</i> (28).....	129	PEN NDL.....	158
ACTHIB (PF).....	106	<i>amikacin</i>	123	ASSURE ID DUO-SHIELD.....	158
ACTIMMUNE.....	116	<i>amiloride</i>	73	ASSURE ID INSULIN SAFETY	
<i>acyclovir</i>	89, 156	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	73		158, 159
<i>acyclovir sodium</i>	156	<i>amiodarone</i>	67	ASSURE ID PEN NEEDLE	
ADACEL(TDAP		<i>amitriptyline</i>	143		158, 159
ADOLESN/ADULT)(PF).....	106	<i>amlodipine</i>	71	ASSURE ID PRO PEN	
<i>adapalene</i>	91	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	71	NEEDLE.....	159
<i>adefovir</i>	156	<i>amlodipine-benazepril</i>	71	ASTAGRAF XL.....	100
ADEMPAS.....	117	<i>amlodipine-olmesartan</i>	71	<i>atazanavir</i>	150
<i>adrucil</i>	28	<i>amlodipine-valsartan</i>	71	<i>atenolol</i>	67
ADVAIR HFA.....	83	<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid</i> ...71		<i>atenolol-chlorthalidone</i>	67
ADVOCATE PEN NEEDLE.....	158	<i>ammonium lactate</i>	89	<i>atomoxetine</i>	78
ADVOCATE SYRINGES..	157, 158	<i>amoxapine</i>	143	<i>atorvastatin</i>	72
<i>afirmelle</i>	129	<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz</i> ...91		<i>atovaquone</i>	56
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	54	<i>amoxicillin</i>	126, 127	<i>atovaquone-proguanil</i>	56
AIRSUPRA.....	83, 84	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	127	<i>atropine</i>	115
AKEEGA.....	28	<i>amphotericin b</i>	146	ATROVENT HFA.....	84
<i>ala-cort</i>	86	<i>amphotericin b liposome</i>	146	<i>aubra eq</i>	129

AUGTYRO.....	28	BD INSULIN SYRINGE		BIZENGRI.....	29
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	129	ULTRA-FINE.....	159	<i>bleomycin</i>	29
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	130	BD NANO 2ND GEN PEN		<i>blisovi 24 fe</i>	130
<i>aurovela 24 fe</i>	130	NEEDLE.....	160	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	130
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	130	BD SAFETYGLIDE INSULIN		<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	130
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	130	SYRINGE.....	160	BOOSTRIX TDAP.....	107
AUSTEDO.....	78	BD SAFETYGLIDE SYRINGE.....	160	BORDERED GAUZE.....	161
AUSTEDO XR.....	78	BD ULTRA-FINE MICRO PEN		<i>bortezomib</i>	29
AUSTEDO XR TITRATION		NEEDLE.....	160	BORUZU.....	29
KT(WK1-4).....	78	BD ULTRA-FINE MINI PEN		<i>bosentan</i>	117
AUTOSHIELD DUO PEN		NEEDLE.....	160	BOSULIF.....	29, 30
NEEDLE.....	159	BD ULTRA-FINE NANO PEN		BRAFTOVI.....	30
AUVELITY.....	143	NEEDLE.....	160	BREO ELLIPTA.....	83
<i>aviane</i>	130	BD ULTRA-FINE ORIG PEN		<i>breyana</i>	83
AVMAPKI.....	28	NEEDLE.....	160	BREZTRI AEROSPHERE.....	84
AVMAPKI-FAKZYNJA.....	28	BD ULTRA-FINE SHORT PEN		BRILINTA.....	203
AVONEX.....	78, 79	NEEDLE.....	161	<i>brimonidine</i>	111
AXTLE.....	28	BD VEO INSULIN SYR (HALF		<i>brimonidine-timolol</i>	111
<i>ayuna</i>	130	UNIT).....	161	<i>brinzolamide</i>	111
AYVAKIT.....	28	BD VEO INSULIN SYRINGE		BRIVIACT.....	137
<i>azacitidine</i>	29	UF.....	161	<i>bromfenac</i>	114
<i>azathioprine</i>	100	BELSOMRA.....	77	<i>bromocriptine</i>	58
<i>azathioprine sodium</i>	100	<i>benazepril</i>	74	BRONCHITOL.....	81
<i>azelastine</i>	115, 116	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> ..	74	BRUKINSA.....	30
<i>azithromycin</i>	126	<i>bendamustine</i>	29	<i>budesonide</i>	76, 83
<i>aztreonam</i>	124	BENDAMUSTINE.....	29	<i>budesonide-formoterol</i>	83
<i>azurette (28)</i>	130	BENDEKA.....	29	<i>bumetanide</i>	73
<i>bacitracin</i>	112	BENLYSTA.....	100	<i>buprenorphine</i>	120
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	112	<i>benztropine</i>	58	<i>buprenorphine hcl</i>	46
<i>baclofen</i>	205	BESREMI.....	100	<i>buprenorphine-naloxone</i>	46
<i>bal-care dha</i>	205	<i>betaine</i>	116	<i>bupropion hcl</i>	143, 144
<i>bal-care dha essential</i>	205	<i>betamethasone dipropionate</i>	86	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	46
<i>balsalazide</i>	76	<i>betamethasone valerate</i>	86	<i>buspirone</i>	116
BALVERSA.....	29	<i>betamethasone, augmented</i>	86	<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i> ..	120
BAQSIMI.....	116	BETASERON.....	79	<i>butalbital-acetaminophen-caff</i> ..	120
BCG VACCINE, LIVE (PF).....	106	<i>betaxolol</i>	111	CABENUVA.....	150
BD AUTOSHIELD DUO PEN		<i>bethanechol chloride</i>	94	<i>cabergoline</i>	58
NEEDLE.....	159	<i>bexarotene</i>	29	CABOMETYX.....	30
BD ECLIPSE LUER-LOK.....	159	BEXSERO.....	106	<i>cabotegravir</i>	150
BD INSULIN SYRINGE.....	159	<i>bicalutamide</i>	29	<i>calcipotriene</i>	89
BD INSULIN SYRINGE (HALF		BICILLIN L-A.....	127	<i>calcitonin (salmon)</i>	77
UNIT).....	159	BIKTARVY.....	150	<i>calcitriol</i>	77
BD INSULIN SYRINGE SLIP		<i>bisoprolol fumarate</i>	67	<i>calcium acetate(phosphat bind)</i> ..	93
TIP.....	160	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	68	CALQUENCE.....	30

CALQUENCE		
(ACALABRUTINIB MAL).....	30	
camila.....	130	
CAMZYOS.....	69	
candesartan.....	70	
candesartan-hydrochlorothiazid.....	70	
CAPLYTA.....	60	
CAPRELSA.....	30	
captopril.....	74	
carbamazepine.....	137, 138	
carbidopa-levodopa.....	58	
CAREFINE PEN NEEDLE.....	161	
CARETOUCH ALCOHOL		
PREP PAD.....	161	
CARETOUCH INSULIN		
SYRINGE.....	162	
CARETOUCH PEN NEEDLE		
.....	161, 162	
carglumic acid.....	92	
carteolol.....	111	
cartia xt.....	68	
carvedilol.....	68	
CAYSTON.....	124	
cefaclor.....	125	
cefadroxil.....	125	
cefazolin.....	125	
cefdinir.....	125	
cefepime.....	125	
cefixime.....	125	
cefoxitin.....	125	
cefpodoxime.....	125	
cefprozil.....	125	
ceftazidime.....	125	
ceftriaxone.....	125	
cefuroxime axetil.....	126	
cefuroxime sodium.....	126	
celecoxib.....	118	
cephalexin.....	126	
cevimeline.....	85	
chateal eq (28).....	130	
chlordiazepoxide hcl.....	47	
chlorhexidine gluconate.....	85	
chloroquine phosphate.....	56	
chlorpromazine.....	60	
chlorthalidone.....	73	
cholestyramine (with sugar).....	72	
cholestyramine light.....	72	
ciclopirox.....	146, 147	
cilostazol.....	203	
CIMDUO.....	150	
cimetidine hcl.....	91	
CIMZIA.....	100	
CIMZIA POWDER FOR		
RECONST.....	100	
cinacalcet.....	77	
ciprofloxacin hcl.....	112, 128	
ciprofloxacin in 5 % dextrose....	128	
ciprofloxacin-dexamethasone....	112	
citalopram.....	144	
clarithromycin.....	126	
CLICKFINE PEN NEEDLE		
.....	162, 173	
clindamycin hcl.....	123	
clindamycin phosphate		
.....	90, 122, 123	
clindamycin-benzoyl peroxide....	90	
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-		
FREE).....	66	
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-		
FREE).....	66	
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-		
FREE).....	66	
CLINIMIX E 8%-D10W		
SULFITEFREE.....	66	
CLINIMIX E 8%-D14W		
SULFITEFREE.....	66	
clobazam.....	138	
clobetasol.....	86, 87	
clobetasol-emollient.....	87	
clomipramine.....	144	
clonazepam.....	47	
clonidine.....	66	
clonidine hcl.....	66	
clopidogrel.....	203	
clorazepate dipotassium.....	47	
clotrimazole.....	147	
clotrimazole-betamethasone....	147	
clozapine.....	60	
c-nate dha.....	205	
COARTEM.....	56	
COBENFY.....	60	
COBENFY STARTER PACK.....	60	
colchicine.....	54	
colesevelam.....	72	
colestipol.....	72	
colistin (colistimethate na).....	123	
COMBIVENT RESPIMAT.....	84	
COMETRIQ.....	30	
COMFORT EZ INSULIN		
SYRINGE.....	162, 163, 164	
COMFORT EZ PEN NEEDLES.....	163	
COMFORT EZ PRO SAFETY		
PEN NDL.....	163	
COMFORT TOUCH PEN		
NEEDLE.....	164, 165	
completenate.....	205	
compro.....	55	
constulose.....	92	
COPIKTRA.....	30	
CORLANOR.....	69	
CORTROPHIN GEL.....	98	
COSENTYX.....	100	
COSENTYX (2 SYRINGES).....	100	
COSENTYX PEN (2 PENS).....	100	
COSENTYX UNOREADY PEN.....	100	
COTELLIC.....	30	
CREON.....	204	
CRESEMBA.....	147	
cromolyn.....	81, 92, 116	
cryselle (28).....	130	
CURAD GAUZE PAD.....	165	
CURITY GAUZE.....	165	
cyclobenzaprine.....	205	
cyclophosphamide.....	30, 31	
cyclosporine.....	100, 101, 114	
cyclosporine modified.....	101	
CYLTEZO(CF).....	101	
CYLTEZO(CF) PEN.....	101	
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-		
UC-HS.....	101	
CYLTEZO(CF) PEN		
PSORIASIS-UV.....	101	

<i>cyred eq</i>	130	<i>dextroamphetamine-</i>		DROPLET INSULIN SYRINGE	
<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchl</i>		<i>amphetamine</i>	79		165, 166, 167
.....	200	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	66	DROPLET MICRON PEN	
<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>		DIACOMIT.....	138	NEEDLE.....	167
<i>chloride</i>	200	<i>diazepam</i>	47, 48, 138	DROPLET PEN NEEDLE.....	167
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> ...	200	<i>diazepam intensol</i>	47	DROPSAFE ALCOHOL PREP	
<i>dabigatran etexilate</i>	201	<i>diazoxide</i>	116	PADS.....	167
<i>dalfampridine</i>	79	<i>diclofenac epolamine</i>	118	DROPSAFE INSULIN	
<i>danazol</i>	95	<i>diclofenac potassium</i>	118	SYRINGE.....	167, 168
<i>dantrolene</i>	205	<i>diclofenac sodium</i>	114, 118	DROPSAFE PEN NEEDLE.....	168
DANYELZA.....	31	<i>diclofenac-misoprostol</i>	119	<i>droxidopa</i>	67
DANZITEN.....	31	<i>dicloxacillin</i>	127	<i>duloxetine</i>	144
<i>dapagliflozin propanediol</i>	49	<i>dicyclomine</i>	92	DUPIXENT PEN.....	101
<i>dapsone</i>	149	<i>didanosine</i>	150	DUPIXENT SYRINGE.....	101
DAPTACEL (DTAP		DIFICID.....	126	<i>dutasteride</i>	94
PEDIATRIC) (PF).....	107	<i>difluprednate</i>	114	EASY COMFORT ALCOHOL	
<i>daptomycin</i>	123	<i>digoxin</i>	69	PAD.....	169
<i>darunavir</i>	150	<i>dihydroergotamine</i>	54	EASY COMFORT INSULIN	
<i>dasatinib</i>	31	DILANTIN.....	138	SYRINGE.....	168, 169
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	130	<i>diltiazem hcl</i>	68, 69	EASY COMFORT PEN	
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	130	<i>dilt-xr</i>	69	NEEDLES.....	169
DATROWAY.....	31	<i>dimethyl fumarate</i>	79	EASY COMFORT SAFETY	
DAURISMO.....	31	<i>diphenoxylate-atropine</i>	92	PEN NEEDLE.....	168
<i>deblitane</i>	130	<i>dipyridamole</i>	203	EASY GLIDE INSULIN	
<i>decitabine</i>	31	<i>disulfiram</i>	46	SYRINGE.....	170
<i>deferasirox</i>	122	<i>divalproex</i>	138	EASY GLIDE PEN NEEDLE....	170
DELSTRIGO.....	150	<i>dofetilide</i>	67	EASY TOUCH.....	171
<i>demeclocycline</i>	128	<i>dolishale</i>	131	EASY TOUCH FLIPLOCK	
DENGVAIXA (PF).....	107	<i>donepezil</i>	48	INSULIN.....	171
<i>denta 5000 plus</i>	85	<i>dorzolamide</i>	111	EASY TOUCH FLIPLOCK	
<i>dentagel</i>	85	<i>dorzolamide-timolol</i>	111	SYRINGE.....	170
DEPO-SUBQ PROVERA 104....	99	DOVATO.....	150	EASY TOUCH INSULIN	
DERMACEA.....	165	<i>doxazosin</i>	66	SAFETY SYR.....	170
DERMACEA NON-WOVEN....	165	<i>doxepin</i>	144	EASY TOUCH INSULIN	
<i>dermacinrx lidocan</i>	121	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	31	SYRINGE.....	170, 171, 172
DESCOVY.....	150	<i>doxy-100</i>	128	EASY TOUCH LUER LOCK	
<i>desipramine</i>	144	<i>doxycycline hyclate</i>	128, 129	INSULIN.....	171
<i>desmopressin</i>	98	<i>doxycycline monohydrate</i>	129	EASY TOUCH PEN NEEDLE..	171
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	131	DRIZALMA SPRINKLE.....	144	EASY TOUCH SAFETY PEN	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	131	<i>dronabinol</i>	56	NEEDLE.....	172
<i>desvenlafaxine succinate</i>	144	DROPLET INSULIN SYR(HALF		EASY TOUCH SHEATHLOCK	
<i>dexamethasone</i>	97	UNIT).....	165, 166	INSULIN.....	170, 171
<i>dexamethasone sodium</i>				EASY TOUCH UNI-SLIP.....	172
<i>phosphate</i>	97, 114			<i>econazole nitrate</i>	147

EDURANT.....	150	ENTRESTO SPRINKLE.....	70	EXTENCILLINE.....	127
EDURANT PED.....	150	<i>enulose</i>	92	EYSUVIS.....	114
<i>efavirenz</i>	150	EPCLUSA.....	155	<i>ezetimibe</i>	72
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> ..	151	EPIDIOLEX.....	138	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	72
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> ..	151	<i>epinastine</i>	116	FAKZYNJA.....	33
ELAHERE.....	31	<i>epinephrine</i>	69	<i>falmina (28)</i>	131
ELEPSIA XR.....	138	<i>epitol</i>	138	<i>famciclovir</i>	156
ELIGARD.....	31	EPIVIR HBV.....	151	<i>famotidine</i>	91
ELIGARD (3 MONTH).....	31	EPKINLY.....	32	FANAPT.....	61
ELIGARD (4 MONTH).....	31	<i>eplerenone</i>	75	FANAPT TITRATION PACK A..	61
ELIGARD (6 MONTH).....	31	EPRONTIA.....	139	FANAPT TITRATION PACK B..	61
<i>elinest</i>	131	ERBITUX.....	32	FANAPT TITRATION PACK C..	61
ELIQUIS.....	201	<i>ergoloid</i>	48	FARXIGA.....	49
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D		ERIVEDGE.....	32	FASENRA.....	82
START.....	201	ERLEADA.....	32	FASENRA PEN.....	81
ELREXFIO.....	31	<i>erlotinib</i>	32	<i>febuxostat</i>	54
<i>eltrombopag olamine</i>	203	<i>errin</i>	131	<i>feirza</i>	131
<i>eluryng</i>	131	<i>ertapenem</i>	125	<i>felbamate</i>	139
EMBRACE PEN NEEDLE 172, 173		<i>erythromycin</i>	112, 126	<i>felodipine</i>	71
EMCYT.....	32	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	126	<i>femynor</i>	131
EMGALITY PEN.....	54	<i>erythromycin with ethanol</i>	90	<i>fenofibrate</i>	72
EMGALITY SYRINGE.....	54	ERZOFRI.....	61	<i>fenofibrate micronized</i>	72
EMRELIS.....	32	<i>escitalopram oxalate</i>	144	<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	72
EMSAM.....	144	<i>eslicarbazepine</i>	139	<i>fentanyl</i>	120
<i>emtricitabine</i>	151	<i>esomeprazole magnesium</i>	91	<i>fentanyl citrate</i>	120
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	151	<i>estarylla</i>	131	<i>fesoterodine</i>	94
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	151	<i>estradiol</i>	96	FETZIMA.....	144
EMTRIVA.....	151	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	96	FIASP FLEXTOUCH U-100	
<i>emzahn</i>	131	<i>eszopiclone</i>	78	INSULIN.....	51
<i>enalapril maleate</i>	75	<i>ethambutol</i>	149	FIASP PENFILL U-100	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	75	<i>ethosuximide</i>	139	INSULIN.....	51
ENBREL.....	101	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	131	FIASP PUMPCART.....	51
ENBREL MINI.....	101	<i>etodolac</i>	119	FIASP U-100 INSULIN.....	51
ENBREL SURECLICK.....	101	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ...	131	<i>fidaxomicin</i>	126
<i>endocet</i>	120	ETOPOPHOS.....	32	<i>finasteride</i>	94
ENERGIX-B (PF).....	107	<i>etoposide</i>	32	<i>finolimid</i>	79
ENERGIX-B PEDIATRIC (PF).....	107	<i>etravirine</i>	151	FINTEPLA.....	139
<i>enilloring</i>	131	EUCRISA.....	87	FIRMAGON KIT W DILUENT	
<i>enoxaparin</i>	201, 202	EULEXIN.....	32	SYRINGE.....	33
<i>enpresse</i>	131	<i>everolimus (antineoplastic)</i>	32	<i>flavoxate</i>	94
<i>enskyce</i>	131	<i>everolimus</i>		<i>flecainide</i>	67
<i>entacapone</i>	58	<i>(immunosuppressive)</i>	101, 102	<i>floxuridine</i>	33
<i>entecavir</i>	156	EVOTAZ.....	151	<i>fluconazole</i>	147
ENTRESTO.....	70	<i>exemestane</i>	32	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i>	147

<i>flucytosine</i>	147	GAVRETO.....	33	HAVRIX (PF).....	107
<i>fludrocortisone</i>	97	<i>gefitinib</i>	33	HEALTHWISE INSULIN	
<i>flunisolide</i>	114	<i>gemfibrozil</i>	72	SYRINGE.....	174
<i>fluocinolone</i>	87	<i>generlac</i>	92	HEALTHWISE PEN NEEDLE..	174
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	114	<i>gengraf</i>	102	HEALTHY ACCENTS UNIFINE	
<i>fluocinonide</i>	87	<i>gentak</i>	112	PENTIP.....	174
<i>fluoride (sodium)</i>	85	<i>gentamicin</i>	90, 112, 123	<i>heather</i>	132
<i>fluorometholone</i>	114	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	123	<i>heparin (porcine)</i>	202
<i>fluorouracil</i>	33, 89	<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	123	HEPLISAV-B (PF).....	107
<i>fluoxetine</i>	144, 145	GENVOYA.....	151	HERCEPTIN HYLECTA.....	34
<i>fluphenazine decanoate</i>	61	GILOTRIF.....	33	HIBERIX (PF).....	107
<i>fluphenazine hcl</i>	61	<i>glatiramer</i>	79	HUMIRA.....	102
<i>flurbiprofen</i>	119	<i>glatopa</i>	79	HUMIRA PEN.....	102
<i>flurbiprofen sodium</i>	115	GLEOSTINE.....	33	HUMIRA PEN CROHNS-UC-	
<i>flutamide</i>	33	<i>glimepiride</i>	53	HS START.....	102
<i>fluticasone propionate</i>		<i>glipizide</i>	53	HUMIRA PEN PSOR-UEITS-	
.....	83, 84, 87, 115	<i>glipizide-metformin</i>	53	ADOL HS.....	102
<i>fluticasone propion-salmeterol</i> ...	84	<i>glucagon emergency kit</i>		HUMIRA(CF).....	102
<i>fluvastatin</i>	72	(human).....	116	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS	
<i>fluvoxamine</i>	145	<i>glutamine (sickle cell)</i>	116	STARTER.....	102
<i>folivane-ob</i>	205	<i>glyburide</i>	54	HUMIRA(CF) PEN.....	102
<i>fondaparinux</i>	202	<i>glyburide micronized</i>	54	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-	
<i>fosamprenavir</i>	151	<i>glyburide-metformin</i>	54	UC-HS.....	102
<i>fosfomycin tromethamine</i>	124	<i>glycopyrrolate</i>	92	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC	
<i>fosinopril</i>	75	<i>glydo</i>	122	UC.....	102
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	75	GLYXAMBI.....	49	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-	
<i>fosphenytoin</i>	139	GOMEKLI.....	33, 34	ADOL HS.....	102
FOTIVDA.....	33	<i>griseofulvin microsize</i>	147	HUMULIN R U-500 (CONC)	
FREESTYLE PRECISION.....	173	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	147	INSULIN.....	51
FRUZAQLA.....	33	<i>guanfacine</i>	67, 79	HUMULIN R U-500 (CONC)	
<i>fulvestrant</i>	33	GVOKE.....	117	KWIKPEN.....	51
<i>furosemide</i>	74	GVOKE HYPOPEN 2-PACK....	116	<i>hydralazine</i>	69
FUZEON.....	151	GVOKE PFS 1-PACK		<i>hydrochlorothiazide</i>	74
FYARRO.....	33	SYRINGE.....	116	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> ...	120
FYCOMPA.....	139	HAEGARDA.....	203	<i>hydrocortisone</i>	76, 88, 97
<i>gabapentin</i>	139, 140	<i>hailey 24 fe</i>	131	<i>hydrocortisone valerate</i>	88
<i>galantamine</i>	48	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	131	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	113
<i>gallifrey</i>	99	<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	132	<i>hydromorphone</i>	120
GAMUNEX-C.....	102	<i>halobetasol propionate</i>	87	<i>hydroxychloroquine</i>	57
GARDASIL 9 (PF).....	107	<i>haloette</i>	132	<i>hydroxyurea</i>	34
GAUZE PAD.....	173	<i>haloperidol</i>	62	<i>hydroxyzine hcl</i>	149
<i>gavilyte-c</i>	94	<i>haloperidol decanoate</i>	62	<i>hydroxyzine pamoate</i>	117
<i>gavilyte-g</i>	94	<i>haloperidol lactate</i>	62	<i>ibandronate</i>	77
<i>gavilyte-n</i>	94	HARVONI.....	155	IBRANCE.....	34

IBTROZI.....	34	<i>insulin glargine-yfgn</i>	52	JANUMET XR.....	49
<i>ibu</i>	119	<i>insulin lispro</i>	52	JANUVIA.....	49
<i>ibuprofen</i>	119	INSULIN SYR/NDL U100 HALF		JARDIANCE.....	49
<i>icatibant</i>	70	MARK.....	175	<i>javygtor</i>	204
<i>iclevia</i>	132	INSULIN SYRINGE.....	160	JAYPIRCA.....	35
ICLUSIG.....	34	INSULIN SYRINGE		JEMPERLI.....	35
<i>icosapent ethyl</i>	72	MICROFINE.....	160	<i>jencycla</i>	132
IDHIFA.....	34	INSULIN SYRINGE		JENTADUETO.....	49
<i>ifosfamide</i>	34	NEEDLELESS.....	176	JENTADUETO XR.....	49, 50
ILEVRO.....	115	INSULIN SYRINGE-NEEDLE		<i>jolessa</i>	132
<i>imatinib</i>	34	U-100		<i>juleber</i>	132
IMBRUVICA.....	34	173, 175, 176, 180, 182, 184, 188,		JULUCA.....	152
IMDELLTRA.....	35	191, 192		<i>junel 1.5/30 (21)</i>	132
<i>imipenem-cilastatin</i>	125	INSULIN U-500 SYRINGE-		<i>junel 1/20 (21)</i>	132
<i>imipramine hcl</i>	145	NEEDLE.....	176	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	132
<i>imiquimod</i>	89	INSUPEN PEN NEEDLE.....	176	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	132
IMJUDO.....	35	INTELENCE.....	151	<i>junel fe 24</i>	132
IMKELDI.....	35	<i>introvale</i>	132	JYLAMVO.....	35
IMOVAX RABIES VACCINE		INVEGA HAFYERA.....	62	JYNARQUE.....	74
(PF).....	107	INVEGA SUSTENNA.....	62	JYNNEOS (PF).....	108
IMPAVIDO.....	57	INVEGA TRINZA.....	62	KALETRA.....	152
<i>incassia</i>	132	INVELTYS.....	115	KALYDECO.....	82
INCONTROL ALCOHOL PADS		IPOL.....	107	<i>kariva (28)</i>	132
.....	174	<i>ipratropium bromide</i>	85, 116	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	132
INCONTROL PEN NEEDLE		<i>ipratropium-albuterol</i>	85	<i>kelnor 1/50 (28)</i>	132
.....	174, 175	<i>irbesartan</i>	70	KERENDIA.....	75
INCRELEX.....	98	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ...	70	KESIMPTA PEN.....	80
<i>indapamide</i>	74	ISENTRESS.....	151, 152	<i>ketoconazole</i>	147, 148
<i>indomethacin</i>	119	ISENTRESS HD.....	151	<i>ketorolac</i>	115, 119
INFANRIX (DTAP) (PF).....	107	<i>isibloom</i>	132	KEYTRUDA.....	35
<i>infliximab</i>	103	<i>isoniazid</i>	149	KIMMTRAK.....	35
INGREZZA.....	80	<i>isosorbide dinitrate</i>	75	KINERET.....	103
INGREZZA INITIATION		<i>isosorbide mononitrate</i>	75	KINRIX (PF).....	108
PK(TARDIV).....	79	ITOVEBI.....	35	<i>kionex (with sorbitol)</i>	92
INGREZZA SPRINKLE.....	80	<i>itraconazole</i>	147	KISQALI.....	36
INLYTA.....	35	IV PREP WIPES.....	176	KISQALI FEMARA CO-PACK....	36
INPEN (FOR HUMALOG)		<i>ivabradine</i>	70	KLISYRI (250 MG).....	89
BLUE.....	175	<i>ivermectin</i>	57	<i>klor-con m10</i>	200
INPEN (NOVOLOG OR FIASP)		IWILFIN.....	35	<i>klor-con m15</i>	200
BLUE.....	175	IXCHIQ (PF).....	108	<i>klor-con m20</i>	200
INQOVI.....	35	IXIARO (PF).....	108	KLOXXADO.....	46
INREBIC.....	35	JAKAFI.....	35	KOSELUGO.....	36
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> .51, 52		<i>jantoven</i>	202	<i>kosher prenatal plus iron</i>	205
<i>insulin aspart u-100</i>	52	JANUMET.....	49	KRAZATI.....	36

<i>kurvelo</i> (28).....	133	LIBERVANT.....	140	LUPRON DEPOT (3 MONTH)	
KYLEENA.....	133	<i>lidocaine</i>	122		37, 98
KYNMOBI.....	58	<i>lidocaine hcl</i>	122	LUPRON DEPOT (4 MONTH)...	37
<i>labetalol</i>	68	<i>lidocaine viscous</i>	122	LUPRON DEPOT (6 MONTH)...	37
<i>lacosamide</i>	140	<i>lidocaine-prilocaine</i>	122	LUPRON DEPOT-PED.....	98
<i>lactulose</i>	92	<i>lidocan iii</i>	122	LUPRON DEPOT-PED (3	
<i>lamivudine</i>	152	LILETTA.....	133	MONTH).....	98
<i>lamivudine-zidovudine</i>	152	<i>linezolid</i>	124	<i>lurasidone</i>	63
<i>lamotrigine</i>	140	<i>linezolid in dextrose 5%</i>	124	<i>lutera</i> (28).....	133
<i>lanreotide</i>	98	LINZESS.....	92	LUTRATE DEPOT (3 MONTH)..	37
<i>lansoprazole</i>	91	<i>liothyronine</i>	95	LYBALVI.....	63
LANTUS SOLOSTAR U-100		LISCO.....	176	<i>lyleq</i>	134
INSULIN.....	52	<i>lisinopril</i>	75	LYNOZYFIC.....	38
LANTUS U-100 INSULIN.....	52	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	75	LYNPARZA.....	38
<i>lapatinib</i>	36	LITE TOUCH INSULIN PEN		LYSODREN.....	38
<i>larin 1.5/30</i> (21).....	133	NEEDLES.....	176, 177	LYTGOBI.....	38
<i>larin 1/20</i> (21).....	133	LITE TOUCH INSULIN		<i>lyza</i>	134
<i>larin 24 fe</i>	133	SYRINGE.....	177	MAGELLAN INSULIN SAFETY	
<i>larin fe 1.5/30</i> (28).....	133	<i>lithium carbonate</i>	80	SYRNG.....	178
<i>larin fe 1/20</i> (28).....	133	<i>lithium citrate</i>	80	MAGELLAN SYRINGE.....	177
<i>latanoprost</i>	111	LIVTENCITY.....	155	<i>magnesium sulfate</i>	200
LAZCLUZE.....	36	LOKELMA.....	93	<i>malathion</i>	90
<i>leflunomide</i>	103	LONSURF.....	37	<i>maraviroc</i>	152
<i>lenalidomide</i>	36	<i>loperamide</i>	93	MARGENZA.....	38
LENTOCILIN S.....	127	<i>lopinavir-ritonavir</i>	152	<i>marlissa</i> (28).....	134
LENVIMA.....	36	LOQTORZI.....	37	<i>marnatal-f</i>	205
<i>lessina</i>	133	<i>lorazepam</i>	48	MARPLAN.....	145
<i>letrozole</i>	36	<i>lorazepam intensol</i>	48	MATULANE.....	38
<i>leucovorin calcium</i>	117	LORBRENA.....	37	MAVENCLAD (10 TABLET	
LEUKERAN.....	37	<i>losartan</i>	70	PACK).....	80
<i>leuprolide</i>	37	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	70	MAVENCLAD (4 TABLET	
<i>leuprolide</i> (3 month).....	37	LOTEMAX.....	115	PACK).....	80
<i>levetiracetam</i>	140	LOTEMAX SM.....	115	MAVENCLAD (5 TABLET	
<i>levobunolol</i>	111	<i>loteprednol etabonate</i>	115	PACK).....	80
<i>levocetirizine</i>	149	<i>lovastatin</i>	72	MAVENCLAD (6 TABLET	
<i>levofloxacin</i>	128	<i>low-ogestrel</i> (28).....	133	PACK).....	80
<i>levofloxacin in d5w</i>	128	<i>loxapine succinate</i>	62	MAVENCLAD (7 TABLET	
<i>levonest</i> (28).....	133	<i>lubiprostone</i>	93	PACK).....	80
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i> ...	133	LUMAKRAS.....	37	MAVENCLAD (8 TABLET	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	133	LUMIGAN.....	111	PACK).....	80
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	133	LUNSUMIO.....	37	MAVENCLAD (9 TABLET	
<i>levora-28</i>	133	LUPRON DEPOT.....	37, 98	PACK).....	80
<i>levothyroxine</i>	95			MAXICOMFORT II PEN	
LEXIVA.....	152			NEEDLE.....	178

MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE.....	178	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i> ...	68	<i>morphine</i>	121
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	178	<i>metoprolol tartrate</i>	68	MORPHINE.....	121
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	178	<i>metronidazole</i>	90, 122, 124	<i>morphine concentrate</i>	121
MAYZENT.....	80	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> ..	124	MOUNJARO.....	50
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT).....	80	<i>metyrosine</i>	70	MOVANTIK.....	93
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT).....	80	<i>micafungin</i>	148	<i>moxifloxacin</i>	113, 128
<i>meclizine</i>	56	<i>miconazole-3</i>	148	<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>	128
<i>medroxyprogesterone</i>	99	MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE.....	178	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i> ..	128
<i>mefloquine</i>	57	MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE.....	178	MRESVIA (PF).....	108
<i>megestrol</i>	38, 99	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	134	MULTAQ.....	67
MEKINIST.....	38	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	134	<i>mupirocin</i>	90
MEKTOVI.....	38	<i>microgestin 24 fe</i>	134	<i>mycophenolate mofetil</i>	103
<i>meleya</i>	134	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	134	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	103
<i>meloxicam</i>	119	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	134	<i>mycophenolate sodium</i>	103
<i>memantine</i>	49	<i>midodrine</i>	67	<i>mynatal</i>	205
MENACTRA (PF).....	108	MIEBO (PF).....	116	<i>mynatal advance</i>	205
MENQUADFI (PF).....	108	<i>mifepristone</i>	50	<i>mynatal plus</i>	205
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	108	<i>mili</i>	134	<i>mynatal-z</i>	205
<i>mercaptapurine</i>	38	<i>mimvey</i>	96	<i>mynate 90 plus</i>	206
<i>meropenem</i>	125	MINI ULTRA-THIN II.....	179	MYRBETRIQ.....	95
<i>mesalamine</i>	76	<i>minocycline</i>	129	<i>nabumetone</i>	119
<i>mesna</i>	117	<i>minoxidil</i>	76	<i>nafcillin</i>	127
<i>metformin</i>	50	MIPLYFFA.....	157	<i>naloxone</i>	46, 47
<i>methadone</i>	120	MIRENA.....	134	<i>naltrexone</i>	47
<i>methazolamide</i>	111	<i>mirtazapine</i>	145	NANO 2ND GEN PEN NEEDLE.....	180
<i>methenamine hippurate</i>	124	<i>misoprostol</i>	91	<i>naproxen</i>	119
<i>methimazole</i>	95	<i>mitoxantrone</i>	39	<i>naratriptan</i>	54
<i>methocarbamol</i>	205	M-M-R II (PF).....	108	NATACYN.....	113
<i>methotrexate sodium</i>	38, 39	<i>m-natal plus</i>	205	<i>nateglinide</i>	50
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	38	<i>modafinil</i>	78	NATPARA.....	77
<i>methoxsalen</i>	89	<i>moexipril</i>	75	NAYZILAM.....	140
<i>methsuximide</i>	140	<i>molindone</i>	63	<i>nebivolol</i>	68
<i>methylphenidate hcl</i>	81	<i>mometasone</i>	88, 115	<i>nefazodone</i>	145
<i>methylprednisolone</i>	97	MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE.....	179, 180	<i>neomycin</i>	123
<i>methylprednisolone acetate</i>	97	MONOJECT INSULIN SYRINGE.....	179, 180	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	113
<i>metoclopramide hcl</i>	93	MONOJECT SYRINGE.....	179	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	113
<i>metolazone</i>	74	MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN.....	194	<i>neomycin-polymyxin b-</i> <i>dexameth</i>	113
<i>metoprolol succinate</i>	68	<i>mono-lynyah</i>	134	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	113
		<i>montelukast</i>	84	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	113
				<i>neo-polycin</i>	113
				<i>neo-polycin hc</i>	113

NERLYNX.....	39	NOVOLOG FLEXPEN U-100		OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2	
<i>nevirapine</i>	152	INSULIN.....	53	PLUS).....	180
<i>newgen</i>	206	NOVOLOG MIX 70-30 U-100		OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO	
NEXLETOL.....	73	INSULN.....	53	KT(GEN5).....	180
NEXLIZET.....	73	NOVOLOG MIX 70-		OMNIPOD 5 G6-G7 PODS	
NEXPLANON.....	134	30FLEXPEN U-100.....	53	(GEN 5).....	180
<i>niacin</i>	73	NOVOLOG PENFILL U-100		OMNIPOD 5	
NICOTROL NS.....	47	INSULIN.....	53	INTRO(G6/LIBRE2PLUS).....	180
<i>nifedipine</i>	71	NOVOLOG U-100 INSULIN		OMNIPOD CLASSIC PDM	
NIKTIMVO.....	103	ASPART.....	53	KIT(GEN 3).....	181
<i>nilutamide</i>	39	NOVOTWIST.....	180	OMNIPOD CLASSIC PODS	
NINLARO.....	39	NUBEQA.....	39	(GEN 3).....	181
<i>nitazoxanide</i>	57	NUCALA.....	82	OMNIPOD DASH INTRO KIT	
<i>nitisinone</i>	204	NULOJIX.....	103	(GEN 4).....	181
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	124	NUPLAZID.....	63	OMNIPOD DASH PDM KIT	
<i>nitrofurantoin monohydr/m-cryst</i>	124	NURTEC ODT.....	54	(GEN 4).....	181
<i>nitroglycerin</i>	76, 117	<i>nyamyc</i>	148	OMNIPOD DASH PODS (GEN	
<i>niva-plus</i>	206	<i>nylia 1/35 (28)</i>	135	4).....	181
NIVESTYM.....	203	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	135	ONAPGO.....	58
NORDITROPIN FLEXPEN.....	98	<i>nymyo</i>	135	<i>ondansetron</i>	56
<i>norelgestromin-ethin.estradiol..</i>	134	<i>nystatin</i>	148	<i>ondansetron hcl</i>	56
<i>norethindrone (contraceptive) ..</i>	134	<i>nystatin-triamcinolone</i>	148	ONUREG.....	39
<i>norethindrone acetate</i>	99	<i>nystop</i>	148	OPDIVO.....	39
<i>norethindrone-e.estradiol-iron ..</i>	134	NYVEPRIA.....	204	OPDIVO QVANTIG.....	39
<i>norgestimate-ethinyl estradiol ..</i>	134	<i>obstetrix dha</i>	206	OPDUALAG.....	40
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	135	<i>obstetrix dha prenatal duo</i>	206	OPIPZA.....	63
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	135	<i>o-cal prenatal</i>	206	OPSUMIT.....	117
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	135	<i>octreotide acetate</i>	98	ORENCIA.....	103
<i>nortriptyline</i>	145	ODEFSEY.....	153	ORENCIA (WITH MALTOSE) ..	103
NORVIR.....	152, 153	ODOMZO.....	39	ORENCIA CLICKJECT.....	103
NOVOFINE 30.....	180	OFEV.....	82	ORFADIN.....	204
NOVOFINE 32.....	180	<i>ofloxacin</i>	113	ORGOVYX.....	98
NOVOFINE PLUS.....	180	OGIVRI.....	39	ORLISSA.....	99
NOVOLIN 70/30 U-100		OGSIVEO.....	39	ORKAMBI.....	82
INSULIN.....	52	OJEMDA.....	39	<i>orquidea</i>	135
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-		OJJAARA.....	39	ORSERDU.....	40
100.....	52	<i>olanzapine</i>	63	<i>oseltamivir</i>	155
NOVOLIN N FLEXPEN.....	52	<i>olmesartan</i>	70	OSENVELT.....	77
NOVOLIN N NPH U-100		<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid ..</i>	70	OTEZLA.....	103
INSULIN.....	52	<i>olmesartan-hydrochlorothiazide .</i>	70	OTEZLA STARTER.....	103
NOVOLIN R FLEXPEN.....	52	<i>olopatadine</i>	116	<i>oxandrolone</i>	95
NOVOLIN R REGULAR U100		<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	73	<i>oxcarbazepine</i>	140
INSULIN.....	52	<i>omeprazole</i>	91	<i>oxybutynin chloride</i>	95
				<i>oxycodone</i>	121

<i>oxycodone-acetaminophen</i>	121	<i>perampanel</i>	141	<i>praziquantel</i>	57
OZEMPIC.....	50	<i>perindopril erbumine</i>	75	<i>prazosin</i>	67
<i>pacerone</i>	67	<i>periogard</i>	85	<i>prednisolone</i>	97
<i>paclitaxel protein-bound</i>	40	<i>permethrin</i>	90	<i>prednisolone acetate</i>	115
<i>paliperidone</i>	63	<i>perphenazine</i>	63	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	97
PANRETIN.....	89	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	145	<i>prednisone</i>	97
<i>pantoprazole</i>	91, 92	PERSERIS.....	63	<i>pregabalin</i>	141
<i>paricalcitol</i>	77	<i>phenelzine</i>	145	PREMARIN.....	96
<i>paromomycin</i>	57	<i>phenobarbital</i>	141	PREMPHASE.....	96
<i>paroxetine hcl</i>	145	PHENYTEK.....	141	PREMPRO.....	97
PAXLOVID.....	155, 156	<i>phenytoin</i>	141	<i>prena1 true</i>	206
<i>pazopanib</i>	40	<i>phenytoin sodium</i>	141	<i>prenaissance</i>	206
PEDIARIX (PF).....	108	<i>phenytoin sodium extended</i>	141	<i>prenaissance plus</i>	206
PEDVAX HIB (PF).....	108	PIFELTRO.....	153	<i>prenatabs fa</i>	206
<i>peg 3350-electrolytes</i>	94	<i>pilocarpine hcl</i>	86, 112	<i>prenatal 19</i>	206
PEGASYS.....	156	<i>pimecrolimus</i>	88	<i>prenatal 19 (with docusate)</i>	206
<i>peg-electrolyte soln</i>	94	<i>pimozide</i>	64	<i>prenatal low iron</i>	206
PEMAZYRE.....	40	<i>pimtrea (28)</i>	135	<i>prenatal plus</i>	206
<i>pemetrexed disodium</i>	40	<i>pioglitazone</i>	50	<i>prenatal plus (calcium carb)</i>	206
PEMRYDI RTU.....	40	<i>pioglitazone-metformin</i>	50	<i>prenatal vitamin plus low iron</i> ..	206
PEN NEEDLE.....	181	PIP PEN NEEDLE.....	182	<i>prenatal-u</i>	206
PEN NEEDLE, DIABETIC		<i>piperacillin-tazobactam</i>	128	<i>preplus</i>	206
.....164, 173, 178, 179, 181, 183		PIQRAY.....	40	<i>pretab</i>	207
PEN NEEDLE, DIABETIC,		<i>pirfenidone</i>	82	<i>prevalite</i>	73
SAFETY.....	184	<i>pitavastatin calcium</i>	73	PREVENT DROPSAFE PEN	
PENBRAYA (PF).....	108	PLEGRIDY.....	81	NEEDLE.....	182
PENBRAYA MENACWY		<i>pnv 29-1</i>	206	PREVYMIS.....	156
COMPONENT(PF).....	108	<i>pnv-dha + docusate</i>	206	PREZCOBIX.....	153
PENBRAYA MENB		<i>pnv-omega</i>	206	PREZISTA.....	153
COMPONENT (PF).....	108	<i>podofilox</i>	89	PRIFTIN.....	149
<i>penicillamine</i>	122	<i>polycin</i>	113	PRIMAQUINE.....	57
<i>penicillin g potassium</i>	127	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> ..	113	<i>primidone</i>	141
<i>penicillin g procaine</i>	127	POMALYST.....	40	PRIORIX (PF).....	109
<i>penicillin v potassium</i>	128	<i>portia 28</i>	135	PRO COMFORT ALCOHOL	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y		<i>posaconazole</i>	148	PADS.....	182
(PF).....	108	<i>potassium chloride</i>	200, 201	PRO COMFORT INSULIN	
PENMENVY MENACWY		<i>potassium citrate</i>	201	SYRINGE.....	182
COMPONENT(PF).....	108	<i>pr natal 400</i>	206	PRO COMFORT PEN NEEDLE	
PENMENVY MENB		<i>pr natal 400 ec</i>	206	182, 183	
COMPONENT (PF).....	109	<i>pr natal 430</i>	206	<i>probenecid</i>	54
PENTACEL (PF).....	109	<i>pr natal 430 ec</i>	206	<i>probenecid-colchicine</i>	54
<i>pentamidine</i>	57	<i>pramipexole</i>	58	<i>prochlorperazine</i>	56
PENTIPS PEN NEEDLE..	181, 182	<i>prasugrel hcl</i>	203	<i>prochlorperazine edisylate</i> ... 56, 64	
<i>pentoxifylline</i>	203	<i>pravastatin</i>	73	<i>prochlorperazine maleate</i>	56

<i>procto-med hc</i>	88	<i>repaglinide</i>	50	RYBREVENT	41
<i>proctosol hc</i>	88	REPATHA PUSHTRONEX.....	73	RYDAPT	41
<i>proctozone-hc</i>	88	REPATHA SURECLICK.....	73	RYKINDO	64
PRODIGY INSULIN SYRINGE	183	REPATHA SYRINGE.....	73	RYTELO	41
<i>progesterone micronized</i>	99	RETACRIT	204	<i>sacubitril-valsartan</i>	71
PROGRAF	103	RETEVMO	40	SAFESNAP INSULIN	
PROLASTIN-C.....	82	RETROVIR.....	153	SYRINGE	184
<i>promethazine</i>	56	REVCОВI.....	204	SAFETY PEN NEEDLE	184
<i>promethegan</i>	56	REVUFORJ.....	41	SANTYL	89
<i>propafenone</i>	67	REXULTI	64	<i>sapropterin</i>	204
<i>propranolol</i>	68	REYATAZ.....	153	SCEMBLIX.....	41
<i>propylthiouracil</i>	95	REZDIFFRA.....	95	<i>scopolamine base</i>	56
PROQUAD (PF).....	109	REZLIDHIA.....	41	SECUADO	64
<i>protriptyline</i>	145	REZUROCK.....	104	SECURESAFE INSULIN	
PULMOZYME.....	204	RHOPRESSA.....	112	SYRINGE	184
PURE COMFORT ALCOHOL		<i>ribavirin</i>	156	SECURESAFE PEN NEEDLE	184
PADS.....	183	<i>rifabutin</i>	149	SELARSDI.....	104
PURE COMFORT PEN		<i>rifampin</i>	149	<i>select-ob</i>	207
NEEDLE.....	183	<i>rilpivirine</i>	153	<i>select-ob (folic acid)</i>	207
PURE COMFORT SAFETY		<i>riluzole</i>	81	<i>selegiline hcl</i>	59
PEN NEEDLE.....	183	RINVOQ.....	104	<i>selenium sulfide</i>	90
<i>pyrazinamide</i>	149	RINVOQ LQ.....	104	SELZENTRY	153
<i>pyridostigmine bromide</i>	117	<i>risperidone</i>	64	<i>se-natal 19 chewable</i>	207
<i>pyrimethamine</i>	57	<i>risperidone microspheres</i>	64	SEREVENT DISKUS.....	85
QINLOCK.....	40	<i>ritonavir</i>	153	SEROSTIM.....	99
QUADRACEL (PF).....	109	RITUXAN HYCELA.....	41	<i>sertraline</i>	145
<i>quetiapine</i>	64	<i>rivaroxaban</i>	202	<i>setlakin</i>	135
<i>quinapril</i>	75	<i>rivastigmine</i>	49	<i>sevelamer carbonate</i>	93
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	75	<i>rivastigmine tartrate</i>	49	<i>sevelamer hcl</i>	94
<i>quinidine sulfate</i>	67	<i>rizatriptan</i>	55	SEZABY	142
<i>quinine sulfate</i>	57	<i>r-natal ob</i>	207	<i>sf 5000 plus</i>	86
QULIPTA.....	55	ROCKLATAN.....	112	<i>sharobel</i>	135
RABAVERT (PF).....	109	<i>roflumilast</i>	82	SHINGRIX (PF).....	109
<i>rabeprazole</i>	92	ROMVIMZA.....	41	SIGNIFOR.....	99
RALDESY.....	145	<i>ropinirole</i>	58	<i>sildenafil</i>	118
<i>raloxifene</i>	97	<i>rosadan</i>	90	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> ...	118
<i>ramipril</i>	75	<i>rosuvastatin</i>	73	<i>silver sulfadiazine</i>	90
<i>ranolazine</i>	70	ROTARIX.....	109	SIMBRINZA.....	112
<i>rasagiline</i>	58	ROTATEQ VACCINE.....	109	<i>simliya (28)</i>	135
RASUVO (PF).....	104	ROZLYTREK.....	41	<i>simvastatin</i>	73
RAYALDEE.....	77	RUBRACA.....	41	<i>sirolimus</i>	104
<i>reclipsen (28)</i>	135	<i>rufinamide</i>	141, 142	SIRTURO	149
RECOMBIVAX HB (PF).....	109	RUKOBIA.....	153	SKY SAFETY PEN NEEDLE..	184
RELENZA DISKHALER.....	156	RYBELSUS.....	50	SKYLA.....	135

SKYRIZI.....	104	<i>sumatriptan succinate</i>	55	TECHLITE INSULIN SYRINGE	187
sodium chloride 0.45 %.....	201	<i>sunitinib malate</i>	42	TECHLITE INSULN SYR(HALF	
sodium chloride 0.9 %.....	201	SUNLENCA.....	154	UNIT).....	186, 187
sodium fluoride-pot nitrate.....	86	SURE COMFORT INS. SYR.		TECHLITE PEN NEEDLE.....	187
sodium oxybate.....	78	U-100.....	185	TECHLITE PLUS PEN	
sodium polystyrene sulfonate.....	93	SURE COMFORT INSULIN		NEEDLE.....	187
sodium,potassium,mag sulfates.	94	SYRINGE.....	185	TECVAYLI.....	42
solifenacin.....	95	SURE COMFORT PEN		TEFLARO.....	126
SOLQUA 100/33.....	53	NEEDLE.....	185, 186	<i>telmisartan</i>	71
SOLTAMOX.....	41	SURE COMFORT SAFETY		<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> ...	71
SOMATULINE DEPOT.....	99	PEN NEEDLE.....	185	<i>temazepam</i>	48
SOMAVERT.....	99	SURE-FINE PEN NEEDLES....	186	TEMIXYS.....	154
<i>sorafenib</i>	42	SURE-JECT INSULIN		TENIVAC (PF).....	110
<i>sorine</i>	68	SYRINGE.....	186	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	154
<i>sotalol</i>	68	SURE-PREP ALCOHOL PREP		TEPMETKO.....	42
<i>sotalol af</i>	68	PADS.....	186	<i>terazosin</i>	94
SPIRIVA RESPIMAT.....	85	SYMPAZAN.....	142	<i>terbinafine hcl</i>	148
<i>spironolactone</i>	74	SYMTUZA.....	154	<i>terconazole</i>	123
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i> ..	74	SYNJARDY.....	50	<i>teriparatide</i>	77
SPRAVATO.....	146	SYNJARDY XR.....	50, 51	TERUMO INSULIN SYRINGE	
<i>sprintec</i> (28).....	135	SYNRIBO.....	42		187, 188
SPRITAM.....	142	SYRINGE WITH NEEDLE,		<i>testosterone</i>	96
<i>sps (with sorbitol)</i>	93	SAFETY.....	184	<i>testosterone cypionate</i>	96
<i>sronyx</i>	135	TABLOID.....	42	<i>testosterone enanthate</i>	96
<i>ssd</i>	90	TABRECTA.....	42	<i>tetrabenazine</i>	81
<i>stavudine</i>	153	<i>tacrolimus</i>	88, 105	<i>tetracycline</i>	129
STELARA.....	104, 105	<i>tadalafil</i>	118	TEVIMBRA.....	43
STERILE PADS.....	185	TAFINLAR.....	42	THALOMID.....	117
STIOLTO RESPIMAT.....	85	TAGRISSO.....	42	<i>theophylline</i>	85
STIVARGA.....	42	TALVEY.....	42	THINPRO INSULIN SYRINGE.	188
STOBOCLO.....	77	TALZENNA.....	42	<i>thioridazine</i>	64
STRENSIQ.....	204	<i>tamoxifen</i>	42	<i>thiothixene</i>	64
<i>streptomycin</i>	123	<i>tamsulosin</i>	94	<i>tiadylt er</i>	69
STRIBILD.....	153	<i>tarina 24 fe</i>	135	<i>tiagabine</i>	142
STRIVERDI RESPIMAT.....	85	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	136	TIBSOVO.....	43
<i>subvenite</i>	142	<i>taron-c dha</i>	207	<i>ticagrelor</i>	203
<i>sucralfate</i>	92	<i>taron-prex prenatal-dha</i>	207	TICE BCG.....	43
<i>sulfacetamide sodium</i>	113, 114	TASIGNA.....	42	TICOVAC.....	110
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	114	TAVNEOS.....	105	<i>tigecycline</i>	129
<i>sulfadiazine</i>	128	<i>tazarotene</i>	91	<i>tilia fe</i>	136
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	128	<i>tazicef</i>	126	<i>timolol</i>	112
<i>sulfasalazine</i>	76	<i>taztia xt</i>	69	<i>timolol maleate</i>	68, 112
<i>sulindac</i>	119	TAZVERIK.....	42	<i>tinidazole</i>	57
<i>sumatriptan</i>	55	TDVAX.....	109	<i>tiotropium bromide</i>	85

TIVDAK.....	43	<i>trifluridine</i>	114	TRUXIMA.....	43
TIVICAY.....	154	<i>trihexyphenidyl</i>	59	TUKYSA.....	43
TIVICAY PD.....	154	TRIJARDY XR.....	51	TURALIO.....	43
<i>tizanidine</i>	205	TRIKAFTA.....	82, 83	<i>turqoz (28)</i>	136
TOBI PODHALER.....	123	<i>tri-legest fe</i>	136	TWINRIX (PF).....	110
<i>tobramycin</i>	114	<i>tri-lynyah</i>	136	TYBOST.....	117
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	123	<i>tri-lo-estarylla</i>	136	TYENNE.....	105
<i>tobramycin sulfate</i>	123	<i>tri-lo-marzia</i>	136	TYENNE AUTOINJECTOR.....	105
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	114	<i>tri-lo-mili</i>	136	TYMLOS.....	77
<i>tolterodine</i>	95	<i>tri-lo-sprintec</i>	136	TYPHIM VI.....	110
<i>tolvaptan (polycys kidney dis)</i>	74	<i>trimethoprim</i>	124	UBRELVI.....	55
TOPCARE CLICKFINE.....	188	<i>tri-mili</i>	136	UDENYCA ONBODY.....	204
TOPCARE ULTRA COMFORT.....	188	<i>trimipramine</i>	146	ULTICARE.....	191, 192
<i>topiramate</i>	142	TRINTELLIX.....	146	ULTICARE INSULIN SYRINGE	
<i>toposar</i>	43	<i>tri-nymyo</i>	136		191
<i>toremifene</i>	43	<i>tri-sprintec (28)</i>	136	ULTICARE INSULN SYR(HALF	
<i>torpenz</i>	43	TRIUMEQ.....	154	UNIT).....	191
<i>torsemide</i>	74	TRIUMEQ PD.....	154	ULTICARE PEN NEEDLE.....	192
TOUJEO MAX U-300		<i>triveen-duo dha</i>	207	ULTICARE SAFETY PEN	
SOLOSTAR.....	53	<i>trivora (28)</i>	136	NEEDLE.....	192
TOUJEO SOLOSTAR U-300		<i>tri-vylibra</i>	136	ULTIGUARD SAFEPAK-	
INSULIN.....	53	<i>tri-vylibra lo</i>	136	INSULIN SYR.....	192, 193
TRADJENTA.....	51	TRIZIVIR.....	154	ULTIGUARD SAFEPAK-PEN	
<i>tramadol</i>	121	TROGARZO.....	154	NEEDLE.....	193
<i>tramadol-acetaminophen</i>	121	<i>trosipium</i>	95	ULTILET ALCOHOL SWAB.....	193
<i>trandolapril</i>	75	TRUE COMFORT ALCOHOL		ULTILET INSULIN SYRINGE	
<i>tranexamic acid</i>	201	PADS.....	189		175, 193
<i>tranylcypromine</i>	146	TRUE COMFORT INSULIN		ULTILET PEN NEEDLE.....	193
<i>travoprost</i>	112	SYRINGE.....	189	ULTRA CMFT INS SYR (HALF	
<i>trazodone</i>	146	TRUE COMFORT PEN		UNIT).....	173, 185
TRECTOR.....	149	NEEDLE.....	189	ULTRA COMFORT INSULIN	
TRELEGY ELLIPTA.....	85	TRUE COMFORT PRO		SYRINGE.....	168, 173, 194
TRELSTAR.....	43	ALCOHOL PADS.....	190	ULTRA FLO INSUL SYR(HALF	
TREMFYA.....	105	TRUE COMFORT PRO INS		UNIT).....	194
TREMFYA PEN.....	105	SYRINGE.....	188, 190	ULTRA FLO INSULIN	
TREMFYA PEN INDUCTION		TRUE COMFORT SAFE		SYRINGE.....	194, 195
PK-CROHN.....	105	INSULIN SYRG.....	189, 190	ULTRA FLO PEN NEEDLE.....	194
<i>tretinoin</i>	91	TRUE COMFORT SAFETY		ULTRA THIN PEN NEEDLE....	195
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	43	PEN NEEDLE.....	189	ULTRACARE INSULIN	
<i>triamcinolone acetanide</i>	86, 88, 98	TRUEPLUS INSULIN.....	190, 191	SYRINGE.....	195
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> ...74		TRUEPLUS PEN NEEDLE.....	190	ULTRACARE PEN NEEDLE....	195
<i>trientine</i>	122	TRULICITY.....	51	ULTRA-FINE INS SYR (HALF	
<i>tri-estarylla</i>	136	TRUMENBA.....	110	UNIT).....	196
<i>trifluoperazine</i>	65	TRUQAP.....	43		

ULTRA-FINE INSULIN		VARIVAX (PF).....	110	VIZIMPRO.....	44
SYRINGE.....	196	VAXCHORA VACCINE.....	110	VOCABRIA.....	154
ULTRA-FINE PEN NEEDLE....	196	VELTASSA.....	93	<i>volnea</i> (28).....	137
ULTRA-THIN II (SHORT) INS		VEMLIDY.....	154	VONJO.....	44
SYR.....	196	VENCLEXTA.....	43, 44	VOQUEZNA.....	92
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN		VENCLEXTA STARTING		VORANIGO.....	44
NDL.....	197	PACK.....	44	<i>voriconazole</i>	148
ULTRA-THIN II INS PEN		<i>venlafaxine</i>	146	VOSEVI.....	155
NEEDLES.....	197	VEOZAH.....	117	VOWST.....	117
ULTRA-THIN II INSULIN		<i>verapamil</i>	69	<i>vp-ch-pnv</i>	207
SYRINGE.....	196	VERIFINE INSULIN SYRINGE		<i>vp-pnv-dha</i>	207
UNIFINE OTC PEN NEEDLE...	197		199, 200	VRAYLAR.....	65
UNIFINE PEN NEEDLE.....	197	VERIFINE PEN NEEDLE.....	199	VUMERITY.....	81
UNIFINE PENTIPS.....	181, 197	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE		VYALEV.....	59
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	197		199	<i>vylibra</i>	137
UNIFINE PENTIPS PLUS	197, 198	VERIFINE PLUS PEN		VYLOY.....	44
UNIFINE PENTIPS PLUS		NEEDLE-SHARP.....	199	VYZULTA.....	112
MAXFLOW.....	197	VERQUVO.....	70	<i>warfarin</i>	202
UNIFINE PROTECT.....	198	VERSACLOZ.....	65	WEBCOL.....	200
UNIFINE SAFECONTROL PEN		VERSALON.....	200	WELIREG.....	44
NEEDLE.....	198	VERZENIO.....	44	WINREVAIR.....	83
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE		V-GO 20.....	200	<i>wixela inhub</i>	84
.....	198	V-GO 30.....	200	XALKORI.....	44, 45
UPTRAVI.....	118	V-GO 40.....	200	<i>xarah fe</i>	137
<i>ursodiol</i>	93	<i>vienna</i>	137	XARELTO.....	202
<i>ustekinumab</i>	105	<i>vigabatrin</i>	142	XARELTO DVT-PE TREAT	
UZEDY.....	65	<i>vigadrone</i>	142, 143	30D START.....	202
<i>valacyclovir</i>	156	<i>vigpoder</i>	143	XATMEP.....	45
VALCHLOR.....	89	<i>vilazodone</i>	146	XCOPRI.....	143
<i>valganciclovir</i>	156	VIMKUNYA.....	110	XCOPRI MAINTENANCE	
<i>valproate sodium</i>	142	<i>vinorelbine</i>	44	PACK.....	143
<i>valproic acid</i>	142	<i>viorele</i> (28).....	137	XCOPRI TITRATION PACK....	143
<i>valproic acid (as sodium salt)</i> ...	142	VIRACEPT.....	154	XDEMVEY.....	114
<i>valsartan</i>	71	VIREAD.....	154	XELJANZ.....	105
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	71	<i>virt-c dha</i>	207	XELJANZ XR.....	105
VALTOCO.....	142	<i>virt-nate dha</i>	207	XERMELO.....	93
<i>valtya</i>	136	<i>virt-pn dha</i>	207	XGEVA.....	77
<i>vancomycin</i>	124	<i>virt-pn plus</i>	207	XIFAXAN.....	124
VANFLYTA.....	43	<i>vitafol gummies</i>	207	XIGDUO XR.....	51
VANISHPOINT INSULIN		<i>vitafol nano</i>	207	XIIDRA.....	115
SYRINGE.....	199	<i>vitafol-ob+dha</i>	207	XOLAIR.....	83
VANISHPOINT SYRINGE	198, 199	VITRAKVI.....	44	XOSPATA.....	45
VAQTA (PF).....	110	VIVIMUSTA.....	44	XPOVIO.....	45
<i>varenicline tartrate</i>	47	VIVOTIF.....	110	XTANDI.....	45

<i>xulane</i>	137
XULTOPHY 100/3.6	53
YERVOY	45
YESINTEK	106
YF-VAX (PF)	111
YONSA	45
YUFLYMA(CF)	106
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S- UC-HS	106
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR	106
<i>yuvaferm</i>	97
<i>zafemy</i>	137
<i>zafirlukast</i>	84
<i>zaleplon</i>	78
<i>zatean-pn dha</i>	207
<i>zatean-pn plus</i>	207
ZEJULA	45
ZELBORAF	45
<i>zenatane</i>	90
ZENPEP	205
<i>zidovudine</i>	155
ZIIHERA	45
<i>zingiber</i>	207
<i>ziprasidone hcl</i>	65
<i>ziprasidone mesylate</i>	65
ZIRABEV	46
ZIRGAN	114
ZOLADEX	46
ZOLINZA	46
<i>zolpidem</i>	78
ZONISADE	143
<i>zonisamide</i>	143
<i>zovia 1/35e (28)</i>	137
<i>zovia 1-35 (28)</i>	137
ZTALMY	143
ZTLIDO	122
ZURZUVAE	146
ZYDELIG	46
ZYKADIA	46
ZYLET	114
ZYNLONTA	46
ZYNYZ	46
ZYPREXA RELPREVV	66



Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP)

2900 Buck Owens Blvd.

Bakersfield, CA 93308

Llamada gratuita: **1 (866) 661-3767 (TTY: 711)**

Número de teléfono local: **1 (661) 716-5342**

Esta lista de medicamentos fue actualizada el día 01/01/2026.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, llámenos al 1 (866) 661-3767 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana entre el 1.º de octubre de 2025 y el 31 de marzo de 2026, y de lunes a viernes desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre de 2026 o visite www.kernfamilyhealthcare.com.

www.kernfamilyhealthcare.com