

Hamaspik Medicare Select (HMO DSNP)

y

Hamaspik Medicare Choice (HMO DSNP)

Formulario para 2024

(Lista de medicamentos cubiertos)

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE
INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE
CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

HPMS Approved Formulary File Submission ID, Version Number
18

Este Formulario resumido se actualizó el 01/12/2024. No hemos
realizado cambios en este Formulario resumido desde 01/12/2024.

Para consultar un Listado completo o si tiene otras preguntas,
comuníquese con nosotros, Hamaspik Medicare Select and Hamaspik
Medicare Choice al 888-426-2774. (Los usuarios de TTY deben llamar
al 711.) Estamos abiertos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p.
m., del 1 de octubre de 2023 al 31 de marzo de 2024; y de lunes a
viernes, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de abril de 2024 hasta el 30 de
septiembre de 2024. O visite www.hamaspik.com.

H0034_HMFOR0923_C

Nota:

Esta información también está disponible en formatos alternativos, como letra grande y Braille.

Llame a Servicios para Miembros a los números anteriores para obtener más información.

Los beneficios, primas, deducibles y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice son una HMO D-SNP con contrato de Medicare. La inscripción en un plan Hamaspik Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.

Nota para los miembros actuales:

Este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Hamaspik Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Hamaspik Medicare Select u Hamaspik Medicare Choice.

Este documento incluye una Lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 01/12/2024. Para obtener un Formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el Formulario, la

Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice
Formulario de la Parte D para 2024

red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?

Un Formulario es una Lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice cubrirá los medicamentos incluidos en el Formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice, y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (Lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero nosotros podríamos agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

Cambios que pueden afectarlo este año: En los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el

nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

- Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?”
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentra en el Formulario; o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de

costo compartido diferente o a ambos. O podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, o agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento, debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.

- Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?”

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2024 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista

de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigencia el 01/12/2024. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la contratapa. Puede solicitar un nuevo formulario impreso y se lo enviaremos por correo a su domicilio. También puede encontrar información actualizada del formulario en nuestro sitio web en: www.hamaspik.com.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 18. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría “Cardiovascular Agents” o “Agentes cardiovasculares.” Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la Lista que empieza en la página 18. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 313. El Índice proporciona una Lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto

los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la Lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice exige que usted [o su médico] obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que Hamaspik no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos. Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice limita la cantidad del medicamento que cubrirá Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice. Por ejemplo, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice proporciona 3 unidades por 28 días por receta de Ozempic. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces Hamaspik cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 18. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado en documentos para explicar nuestra restricción de autorización previa, nuestra restricción de tratamiento escalonado, nuestras restricciones de autorización previa y de tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una Lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?” al final de esta página, para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos de venta libre?

Los medicamentos de venta libre (OTC) son medicamentos sin receta que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice cubren sus medicamentos de venta libre a través de un beneficio complementario. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información sobre cómo funciona este beneficio. Sus medicamentos de venta libre se le proporcionan sin costo alguno, hasta su límite de cobertura mensual.

El costo de estos medicamentos de venta libre no contará para el costo total de los medicamentos de la Parte D (es decir, el costo de los medicamentos de venta libre no cuenta para el período sin cobertura).

¿Qué pasa si mi medicamento no está en el Formulario?

Si el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (Lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto. Para obtener más información, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización

del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Si resulta que Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedir a Servicios para los miembros una Lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice. Cuando reciba la Lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice.
- Puede solicitar que Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?

Puede solicitarle a Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento.

Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o pudieran causarle efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión inicial de cobertura para una excepción al Formulario o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al Formulario, o a la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede el trámite rápido de la excepción, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre el cambio de los medicamentos que tomo o la solicitud de una excepción?

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el Formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido en el Formulario, pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al Formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario, o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos del medicamento por un máximo de hasta 30 días. Después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la excepción al Formulario.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice, consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Si tiene preguntas generales sobre su cobertura para medicamentos con receta de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice

El Formulario proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la Lista, consulte el Índice que comienza en la página 313.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, BRILINTA 60 MG TABLET), y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, *bumetanide 0.5 mg tablet*).

Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice
Formulario de la Parte D para 2024

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

CLAVES DEL FORMULARIO PARA ABREVIATURAS

LA – Disponibilidad Limitada: Esta receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

PA – Autorización Previa: El Plan requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener aprobación antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

PA – Determinación de la Parte B versus Parte D: Este medicamento recetado puede estar cubierto por la Parte B de Medicare o la Parte D, dependiendo de las circunstancias. Es posible que sea necesario enviar información que describa el uso y la configuración del medicamento para tomar la determinación.

QL – Límite de Cantidad: Para ciertos medicamentos, el Plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos.

ST – Terapia Escalonada: En algunos casos, el plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento

A no funciona para usted, cubriremos el medicamento B.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Analgesics		
<i>butalbital-acetaminophen - acetaminophen 50-325</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine --50-300-40, --50-325-40</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>butalbital-aspirin-caffeine -cp</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ESGIC 50-325-40 MG CAPSULE	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>tencon 50-325 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ZEBUTAL 50-325-40 MG CAPSULE	1	QL (180 PER 30 DAYS)
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs		
ARTHROTEC 50 MG-200 MCG TAB	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ARTHROTEC 75 MG-200 MCG TAB	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>cataflam 50 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
CELEBREX 400 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 18

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
CELEBREX 50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>celecoxib 50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
DAYPRO 600 MG CAPLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium 1% gel</i>	1	
<i>diclofenac sodium dr 25 mg tab, ec 25 mg tab</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium dr 50 mg tab, ec 50 mg tab</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium dr 75 mg tab, ec 75 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium-misoprostol -50-0.2 mg</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 19

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>diclofenac sodium-misoprostol -75-0.2 mg, -75-0.2 tb</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>ec-naproxen -dr 375 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ec-naproxen -dr 500 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>etodolac 200 mg capsule</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>etodolac 300 mg capsule</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>etodolac 400 mg tablet, 500 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>etodolac er 600 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>etodolac er er 400 mg tablet, er 500 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
FELDENE 10 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
FELDENE 20 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>flurbiprofen 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>ibu 400 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>ibu 600 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 20

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ibu 800 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ibuprofen 100 mg/5 ml susp</i>	1	
<i>ibuprofen 400 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>ibuprofen 600 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>ibuprofen 800 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>indomethacin 25 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>indomethacin 50 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>meloxicam 15 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>meloxicam 7.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>nabumetone 500 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>nabumetone 750 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>naproxen 125 mg/5 ml suspen</i>	1	QL (1800 PER 30 DAYS)
<i>naproxen 250 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>naproxen 375 mg tablet, dr 375 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 21

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>naproxen 500 mg kit, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>naproxen sodium 275 mg tab</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>naproxen sodium 550 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>oxaprozin 600 mg caplet, 600 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>piroxicam 10 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>piroxicam 20 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RELAFEN 500 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
RELAFEN 750 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sulindac 150 mg tablet, 200 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Opioid Analgesics, Long-acting

BELBUCA 75 MCG FILM, 150 MCG FILM, 300 MCG FILM, 450 MCG FILM, 600 MCG FILM, 750 MCG FILM, 900 MCG FILM	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine 5 mcg/hr patch, 7.5 mcg/hr patch, 10 mcg/hr patch, 15 mcg/hr patch, 20 mcg/hr patch</i>	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 22

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
BUTRANS 5 MCG/HR PATCH, 7.5 MCG/HR PATCH, 10 MCG/HR PATCH, 15 MCG/HR PATCH, 20 MCG/HR PATCH	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fentanyl 12 mcg/hr patch, 25 mcg/hr patch, 37.5 mcg/hr patch, 50 mcg/hr patch, 62.5 mcg/hr patch, 75 mcg/hr patch, 87.5 mcg/hr patch, 100 mcg/hr patch</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone bitartrate er er 10 mg capsule, er 15 mg capsule, er 20 mg capsule, er 30 mg capsule, er 40 mg capsule, er 50 mg capsule</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>levorphanol tartrate 2 mg tablet, 3 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>methadone hcl 10 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>methadone hcl 5 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate er er 15 mg tablet, er 30 mg tablet, er 60 mg tablet, er 100 mg tablet, er 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 23

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tramadol hcl er er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
Opioid Analgesics, Short-acting		
<i>acetaminophen-codeine -#2 tablet, -#3 tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>acetaminophen-codeine -#4 tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>acetaminophen-codeine acetamin-codein 300-30 mg/12.5, acetaminop-codeine 120-12 mg/5</i>	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
<i>butorphanol tartrate 1 mg/ml vial, 2 mg/ml vial, 4 mg/2 ml vial</i>	1	
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml spray</i>	1	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>codeine sulfate 15 mg tablet, 30 mg tablet, 60 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
DURAMORPH 5 MG/10 ML AMPUL, 10 MG/10 ML AMPUL	1	Part D vs Part B
<i>endocet 10-325 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 24

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>endocet 2.5-325 mg tablet, 5-325 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>endocet 7.5-325 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>fentanyl citrate cit 1,200 mcg, cit 1,600 mcg, citrate 200 mcg, citrate 400 mcg, citrate 600 mcg, citrate 800 mcg</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-acetaminophen -10-300 mg, -10-325 mg, -7.5-300, -7.5-325</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-acetaminophen -5-300 mg, -5-325 mg</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-acetaminophen -acetamin 2.5-108/5, -acetamin 5-217/10, -acetamn 7.5-325/15</i>	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-ibuprofen -5-200 mg, -10-200, -7.5-200</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml solution, 5 mg/5 ml soln</i>	1	QL (1440 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 25

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>hydromorphone hcl 10 mg/ml ampule, 10 mg/ml vial, 50 mg/5 ml amp, 50 mg/5 ml vial, 500 mg/50 ml v/</i>	1	PA
<i>hydromorphone hcl 2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>hydromorphone hcl 2 mg/ml carpuct, 2 mg/ml isecure, 2 mg/ml syringe, 2 mg/ml vial, hcl 2 mg/ml amp</i>	1	Part D vs Part B
<i>morphine sulfate 10 mg/5 ml cup, 10 mg/5 ml soln</i>	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate 100 mg/5 ml conc</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate 20 mg/5 ml soln</i>	1	QL (1350 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate 5 mg/10 ml vial, 10 mg/10 ml vial</i>	1	Part D vs Part B
<i>morphine sulfate ir 15 mg tab</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate ir 30 mg tab</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 26

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>oxycodone hcl (ir) 10 mg tab, (ir) 15 mg tab, (ir) 20 mg tab, (ir) 30 mg tab</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone hcl (ir) 5 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone-acetaminophen -10-325</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone-acetaminophen -acetaminophen 5-325, -acetaminophn 2.5-325</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone-acetaminophen -acetaminophn 7.5-325</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ROXICODONE 15 MG TABLET, 30 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>tramadol hcl 50 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tramadol hcl-acetaminophen -acetaminophn 37.5-325</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)

Anesthetics

Local Anesthetics

<i>dermacinrx lidocan 5% patch</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
------------------------------------	---	-------------------------

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 27

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>glydo 2% jelly syringe</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5% ointment</i>	1	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5% patch</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine hcl 1% 100 mg/10 ml, 1% 20 mg/2 ml, 1% 20 mg/2 ml vl, 1% 300 mg/30 ml, 1% 50 mg/5 ml, 1% 50 mg/5 ml vl, 1% ampul, 1% vial</i>	1	
<i>lidocaine hcl 2% jel urojet ac, 2% jelly, 2% jelly urojet, 4% solution</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
lidocaine hcl laryngotracheal 4% solution	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine hcl viscous 2% 15 ml cup, 2% soln</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine -cream</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lidocan iii 5% patch</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LIDODERM 5% PATCH	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 28

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
XYLOCAINE 1% VIAL	1	
XYLOCAINE-MPF -1% AMPUL, -1% VIAL	1	
ZTLIDO 1.8% TOPICAL SYSTEM	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

Anti-Addiction/ Substance Abuse Treatment Agents

Alcohol Deterrents/ Anti-craving

<i>acamprosate calcium dr 333 mg tab</i>	1	
<i>disulfiram 250 mg tablet, 500 mg tablet</i>	1	

Opioid Dependence

<i>buprenorphine hcl 2 mg tablet, 8 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine-naloxone -2-fm, -2-tb</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine-naloxone -4-1mg film, -8-2mg film, -12-3mg flm</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine-naloxone -8-2 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>naltrexone hcl 50 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 29

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SUBLOCADE 100 MG/0.5 ML SYRING, 300 MG/1.5 ML SYRING	1	
SUBOXONE 2 MG-0.5 MG SL FILM	1	QL (120 PER 30 DAYS)
SUBOXONE 4 MG-1 MG FILM, 8 MG-2 MG FILM, 12 MG-3 MG FILM	1	QL (60 PER 30 DAYS)
VIVITROL 380 MG VIAL, 380 MG VIAL-DILUENT	1	
Opioid Reversal Agents		
KLOXXADO 8 MG NASAL SPRAY	1	
<i>naloxone hcl 0.4 mg/ml carpuject, 0.4 mg/ml syringe, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial, hcl 4 mg nasal spray</i>	1	
NARCAN 4 MG NASAL SPRAY	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 30

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Smoking Cessation Agents

<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	1	
NICOTROL CARTRIDGE INHALER	1	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	1	
<i>varenicline tartrate 0.5 mg tablet, apo-0.5 mg tablet, 1 mg cont month bx, 1 mg tablet, apo-1 mg tablet, starting month box</i>	1	

Antibacterials

Aminoglycosides

<i>amikacin sulfate 1 gram/4 ml vial, 500 mg/2 ml vial, 1,000 mg/4 ml vl</i>	1	
<i>gentamicin sulfate in ns iso 100 mg/100 ml, iso 120 mg/100 ml, isoton 60 mg/50 ml, isoton 80 mg/100 ml, isoton 80 mg/50 ml</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>gentamicin sulfate ped 20 mg/2 ml vial, 80 mg/2 ml vial, 800 mg/20 ml vial</i>	1	
HUMATIN 250 MG CAPSULE	1	
<i>neomycin sulfate 500 mg tablet</i>	1	
<i>paromomycin sulfate 250 mg capsule</i>	1	
<i>streptomycin sulfate 1 gm vial</i>	1	
<i>tobramycin sulfate 1.2 gm vial, 1.2 gram/30 ml vial, 10 mg/ml vial, 40 mg/ml vial, 80 mg/2 ml vial, 1,200 mg/30 ml vial</i>	1	
Antibacterials, Other		
AZACTAM 1 GM VIAL, 2 GM VIAL	1	
<i>aztreonam 1 gm vial, 2 gm vial</i>	1	
<i>chloramphenicol sod succinate 1 gm vl</i>	1	
CLEOCIN 2% VAGINAL CREAM	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
CLEOCIN HCL 75 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE	1	
CLEOCIN PHOSPHATE 9 G/60 ML VIAL, 150 MG/ML VIAL, 300 MG/2 ML VIAL, 600 MG/4 ML VIAL, 900 MG/6 ML VIAL, 900 MG/6ML ADDVAN	1	
CLEOCIN T 1% LOION	1	
<i>clindacin etz 1% pledget</i>	1	
<i>clindacin p 1% ledgets</i>	1	
<i>clindamycin (pediatric) (pedi) 75 mg/5 ml</i>	1	
<i>clindamycin hcl 75 mg capsule, 150 mg capsule, 300 mg capsule</i>	1	
<i>clindamycin phosphate ph 1% gel, ph 1% solution, 2% vaginal cream, ph 9 g/60 ml vial, ph 300 mg/2 ml vl, ph 600 mg/4 ml vl, ph 900 mg/6 ml vl, phos 1% pledget, phosp 1% lotion, phosphate 1% gel</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>clindamycin phosphate-d5w 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml</i>	1	
<i>clindamycin-0.9% nacl 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml</i>	1	
<i>colistimethate 150 mg vial</i>	1	
CUBICIN 500 MG VIAL	1	
CUBICIN RF 500 MG VIAL	1	
DALVANCE 500 MG VIAL	1	
<i>daptomycin 500 mg vial</i>	1	
FLAGYL 375 CAPSULE	1	
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE	1	
<i>linezolid 100 mg/5 ml susp, 600 mg tablet</i>	1	PA
<i>linezolid-0.9% nacl 600mg/300ml-0.9%nacl</i>	1	
<i>linezolid-d5w 600 mg/300 ml</i>	1	
<i>methenamine hippurate 1 gm tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
METRO IV 500 MG/100 ML	1	
<i>metronidazole vaginal 0.75% gl, 250 mg tablet, 375 mg capsule, 500 mg tablet, 500 mg/100 ml</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin b -40 mg/ml amp, -40 mg/ml vl</i>	1	
<i>nitrofurantoin 50 mg cap, 100 mg cap</i>	1	
<i>nitrofurantoin mono-macro -mcr 100 mg</i>	1	
SIVEXTRO 200 MG TABLET	1	PA
SIVEXTRO 200 MG VIAL	1	
<i>tigecycline 50 mg vial</i>	1	
<i>trimethoprim 100 mg tablet</i>	1	
TYGACIL 50 MG VIAL	1	
<i>vancomycin 750 mg/150 ml bag</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 35

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>vancomycin hcl 1 gm add-van vial, 1 gm vial, 1 gram/200 ml bag, hcl 1g/200 ml bag, 1.25 gm/250 ml bag, hcl 1.25 gram vial, 1.5 gram/300 ml bag, hcl 1.5 gram vial, 1.75 gm/350 ml bag, 2 gram/400 ml bag, hcl 5 gm vial, hcl 10 gm vial, hcl 100 gm smartpak, 500 mg add-van vial, 500 mg vial, 500 mg/100 ml bag, 750 mg add-van vial, 750 mg/150 ml bag, hcl 750 mg vial</i>	1	
<i>vancomycin hcl 125 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>vancomycin hcl 250 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>vancomycin hcl-0.9% nacl vanco 500 mg/100 ml, vanco 750 mg/150 ml, vancomycin 1 g/200ml</i>	1	
<i>vancomycin hcl-d5w 1.25 gram/250ml, 1.5 gram/300 ml, -500 mg/100 ml</i>	1	
VANDAZOLE VAGINAL 0.75% GEL	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ZYVOX 100 MG/5 ML SUSPENSION, 600 MG TABLET	1	PA
ZYVOX 200 MG/100 ML, 600 MG/300 ML	1	
Beta-lactam, Cephalosporins		
<i>cefaclor 250 mg capsule, 500 mg capsule</i>	1	
<i>cefadroxil 1 gm tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg/5 ml susp</i>	1	
<i>cefazolin sodium 1 gm add-van vial, 1 gm vial, 2 gm vial, 10 gm vial, 20 gm bulk vial, sod 100 gm bulk bag, sod 300 gm bulk bag, 500 mg vial</i>	1	
<i>cefazolin sodium-dextrose 1 g/50 ml, 2 g/50 ml</i>	1	
<i>cefdinir 125 mg/5 ml susp, 250 mg/5 ml susp, 300 mg capsule</i>	1	
<i>cefepime 1 gm, 2 gm</i>	1	
<i>cefepime hcl 1 gm vial, 2 gram vial</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 37

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>cefepime-dextrose -1 gm/50 ml, -2 gm/50 ml</i>	1	
<i>cefixime 400 mg capsule</i>	1	
<i>cefoxitin 1 gm vial, 2 gm vial, 10 gm vial</i>	1	
<i>cefoxitin sodium 1 gm, 2 gm</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil 50 mg/5 ml susp, 100 mg tablet, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet</i>	1	
<i>cefprozil 125 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg tablet</i>	1	
<i>ceftazidime 1 gm piggyback, 1 gm vial, 2 gm piggyback, 2 gm vial, 6 gm vial</i>	1	
<i>ceftriaxone 1 gm add-vant vial, 1 gm piggyback, 1 gm vial, 1 gm-d5w bag, 2 gm add vial, 2 gm piggyback, 2 gm vial, 2 gm-d5w bag, 10 gm vial, 100 gram bulk bag, 250 mg vial, 500 mg vial</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>cefuroxime 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	
<i>cefuroxime sodium 1.5 gm vial, 750 mg vial</i>	1	
<i>cephalexin 125 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 750 mg capsule</i>	1	
SUPRAX 100 MG TABLET CHEWABLE, 200 MG TABLET CHEWABLE, 400 MG CAPSULE	1	
<i>tazicef 1 gm add-vantage vial, 1 gram vial, 2 gm add-vantage vial, 2 gram vial, 6 gram vial</i>	1	
TEFLARO 400 MG VIAL, 600 MG VIAL	1	

Beta-lactam, Penicillins

<i>amoxicillin 125 mg tab chew, 125 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tab chew, 250 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet, 875 mg tablet</i>	1	
---	---	--

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>amoxicillin-clavulanate pot er -1,000-62.5 mg tab</i>	1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass -200-28.5 mg tab chew, -200-28.5 mg/5 ml sus, -250-125 mg tablet, - 250-62.5 mg/5 ml sus, -400- 57 mg tab chew, -400-57 mg/5 ml susp, -500-125 mg tablet, -600-42.9 mg/5 ml sus, -875-125 mg tablet</i>	1	
<i>ampicillin sodium 1 gm add-vantage vl, 1 gm vial, 2 gm add-vantage vl, 2 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm vial, 250 mg vial, 500 mg vial</i>	1	
<i>ampicillin trihydrate 500 mg capsule</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam -sulb 3 gm add vial, -sulbactam 3 gm vial</i>	1	
AUGMENTIN 500-125 TABLET	1	
BICILLIN L-A L-600,000 UNIT/ML, L-1,200,000 UNITS, L-2,400,000 UNITS	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/12/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 40

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>dicloxacillin sodium 250 mg capsule, 500 mg capsule</i>	1	
EXTENCILLINE 1,200,000 UNIT VL, 2,400,000 UNIT VL	1	
<i>lentocilin s 1,200,000 unit</i>	1	
<i>nafcillin 1 gm/ 50 ml, 2 gm/ 100 ml</i>	1	
<i>nafcillin sodium 1 gm add-van vial, 1 gm vial, 2 gm add-vant vial, 2 gm vial, 10 gm bulk vial</i>	1	
<i>penicillin g potassium 5 million, 20 million</i>	1	
<i>penicillin g sodium na 5 million unit</i>	1	
<i>penicillin gk-iso-osm dextrose 1 million unit/50 ml, 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium 125 mg/5 ml soln, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml soln, 500 mg tablet</i>	1	
<i>pfizerpen 5 million vial, 20 million vial</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 41

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>piperacillin-tazobactam - tazo 2.25 gm add vl, -tazo 3.375 gm add vl, -tazo 4.5 gm add vial, -tazobact 2.25 gm vl, -tazobact 3.375 gm vl, -tazobact 4.5 gm vial</i>	1	
ZOSYN 2.25 GM/50 ML BAG, 3.375 GM/50 ML, 4.5 GM/100 ML BAG	1	
Carbapenems		
<i>ertapenem 1 gram vial</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin sodium -250 mg, -500 mg</i>	1	
INVANZ 1 GM VIAL	1	
<i>meropenem 1 gm vial, 500 mg vial</i>	1	
<i>meropenem-0.9% nacl - 0.9% 1 gram/50, -0.9% 500 mg/50</i>	1	
Macrolides		
<i>azithromycin 1 gm pwd packet, 100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 500 mg add-van vl, 500 mg tablet, 600 mg tablet, i.v. 500 mg vial</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>clarithromycin 125 mg/5 ml sus, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml sus, 500 mg tablet</i>	1	
<i>clarithromycin er 500 mg tab</i>	1	
DIFICID 200 MG TABLET	1	QL (20 PER 10 OVER TIME)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	1	QL (136 PER 10 OVER TIME)
E.E.S. 200 MG/5 ML SUSPENSION	1	
<i>ery 2% pads</i>	1	
ERY-TAB -TAB DR 250 MG TABLET, -TAB DR 333 MG TABLET, -TAB DR 500 MG TABLET	1	
ERYPED 200 MG/5 ML SUSPENSION	1	
ERYPED 400 MG/5 ML SUSPENSION	1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 500 MG ADDVAN VIAL, LACT 500 MG VIAL	1	
ERYTHROCIN STEARATE 250 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 43

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>erythromycin 2% solution, 250 mg tablet, dr 250 mg cap, dr 250 mg tablet, dr 333 mg tablet, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg vial</i>	1	
ZITHROMAX 100 MG/5 ML SUSP, 200 MG/5 ML SUSP, 250 MG TABLET, 250 MG Z-PAK TABLET, 500 MG TABLET, I.V. 500 MG VIAL	1	
ZITHROMAX TRI-PAK -500 MG TAB	1	
Quinolones		
CIPRO 5% SUSPENSION, 10% SUSPENSION, 250 MG TABLET, 500 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ciprofloxacin 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl 100 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	
<i>ciprofloxacin-d5w 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	1	
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/20 ml vial, 750 mg tablet, 750 mg/30 ml vial</i>	1	
<i>levofloxacin-d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	1	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tablet</i>	1	
<i>ofloxacin 400 mg tablet</i>	1	
Sulfonamides		
BACTRIM 400-80 MG TABLET	1	
BACTRIM DS TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>sulfadiazine 500 mg tablet</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim -20 ml cup, -ds tablet, -iv vial, -ss tablet, -susp</i>	1	
Tetracyclines		
<i>avidoxy 100 mg tablet</i>	1	
<i>demeclocycline hcl 150 mg tablet, 300 mg tablet</i>	1	
<i>doxy 100 mg vial</i>	1	
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg vl</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate 50 mg cap, 50 mg tablet, 75 mg capsule, 75 mg tablet, 100 mg cap, 100 mg tablet, 150 mg cap, 150 mg tablet</i>	1	
<i>minocycline hcl 50 mg capsule, hcl 50 mg tablet, 75 mg capsule, hcl 75 mg tablet, 100 mg capsule, hcl 100 mg tablet</i>	1	
<i>mondoxyne nl 100 mg capsule</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
NUZYRA 100 MG VIAL, 150 MG TABLET	1	
<i>tetracycline hcl 250 mg capsule, 500 mg capsule</i>	1	
VIBRAMYCIN 100 MG CAPSULE	1	

Anticonvulsants

Anticonvulsants, Other

BRIVIACT 10 MG TABLET, 10 MG/ML ORAL SOLN, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 50 MG/5 ML VIAL, 75 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	
DEPAKOTE DR 125 MG TABLET, DR 250 MG TABLET, DR 500 MG TABLET	1	
DEPAKOTE ER ER 250 MG TABLET, ER 500 MG TABLET	1	
DEPAKOTE SPRINKLE DR 125 MG CP	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
DIACOMIT 250 MG CAPSULE, 250 MG POWDER PACKET, 500 MG CAPSULE, 500 MG POWDER PACKET	1	
<i>divalproex sodium dr 125 mg cap sprnk, sod dr 125 mg tab, sod dr 250 mg tab, sod dr 500 mg tab</i>	1	
<i>divalproex sodium er er 250 mg tab, er 500 mg tab</i>	1	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLN PACK, 100 MG/ML SOLUTION	1	PA
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	1	
<i>felbamate 400 mg tablet, 600 mg tablet, 600 mg/5 ml susp, 600 mg/5 ml susp cup</i>	1	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 48

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
KEPPRA 100 MG/ML ORAL SOLN, 250 MG TABLET, 500 MG TABLET, 500 MG/5 ML VIAL, 750 MG TABLET, 1,000 MG TABLET	1	
LAMICTAL (BLUE) TAB START KIT	1	
LAMICTAL 5 MG DISPER TABLET, 25 MG DISPER TABLET, 25 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	
<i>lamotrigine (blue) tab start kit</i>	1	
<i>lamotrigine 5 mg disper tablet, 25 mg disper tab, 25 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet</i>	1	
<i>lamotrigine er er 25 mg tablet, er 50 mg tablet, er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 49

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>levetiracetam 100 mg/ml soln, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/5 ml cup, 500 mg/5 ml soln, 500 mg/5 ml vial, 750 mg tablet, 1,000 mg tablet, 1,000mg/10ml cup</i>	1	
<i>levetiracetam er er 500 mg tablet, er 750 mg tablet</i>	1	
<i>levetiracetam-nacl -500 mg/100, -1,000mg/100, -1,500mg/100</i>	1	
<i>roweepra 500 mg tablet</i>	1	
SPRITAM 250 MG TABLET, 500 MG TABLET, 750 MG TABLET, 1,000 MG TABLET	1	
<i>subvenite (blue) tab start kit</i>	1	
<i>subvenite 25 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet</i>	1	
<i>topiramate 15 mg sprinkle cap, 25 mg sprinkle cap, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 50

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>valproate sodium 500 mg/5 ml vial</i>	1	
<i>valproic acid 250 mg capsule, 250 mg/5 ml cup, 250 mg/5 ml soln, 500 mg/10 ml cup, 500 mg/10 ml sol</i>	1	
XCOPRI 12.5-25 MG TITRATION PK, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 50-100 MG TITRATION PAK, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 150-200 MG TITRATION PK, 200 MG TABLET, 250 MG DAILY DOSE PACK, 350 MG DAILY DOSE PACK	1	
Calcium Channel Modifying Agents		
CELONTIN 300 MG CAPSULE	1	
<i>ethosuximide 250 mg capsule, 250 mg/5 ml soln</i>	1	
LYRICA 20 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL (900 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 51

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
LYRICA 225 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYRICA 25 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methsuximide 300 mg capsule</i>	1	
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	1	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin 225 mg capsule, 300 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule, 200 mg capsule</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
ZARONTIN 250 MG CAPSULE	1	

Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Augmenting Agents

<i>clobazam 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
--	---	-------------------------

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 52

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 2.5mg gel(2pk), 10 mg gel syrg, 10mg gel (2pk), 20 mg gel syrg, 20mg gel (2pk)</i>	1	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg capsule</i>	1	QL (1080 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup</i>	1	QL (2160 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg capsule</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg capsule</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 600 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 800 mg tablet</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
GABITRIL 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 12 MG TABLET, 16 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 53

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LIBERVANT 5 MG FILM, 7.5 MG FILM, 10 MG FILM, 12.5 MG FILM, 15 MG FILM	1	QL (10 PER 30 DAYS)
MYSOLINE 50 MG TABLET, 250 MG TABLET	1	
NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	1	QL (10 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 100 MG CAPSULE	1	QL (1080 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 250 MG/5 ML SOLN, 250 MG/5 ML SOLUTION	1	QL (2160 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 300 MG CAPSULE	1	QL (360 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 400 MG CAPSULE	1	QL (270 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 600 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 800 MG TABLET	1	QL (135 PER 30 DAYS)
ONFI 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ONFI 2.5 MG/ML SUSPENSION	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/12/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 54

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>phenobarbital 15 mg tablet, 16.2 mg tablet, 20 mg/5 ml cup, 20 mg/5 ml elix, 20 mg/5 ml soln, 30 mg tablet, 30 mg/7.5 ml cup, 32.4 mg tablet, 60 mg tablet, 60 mg/15 ml cup, 64.8 mg tablet, 97.2 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	
<i>phenobarbital sodium 65 mg/ml vial, 130 mg/ml vial</i>	1	
<i>primidone 50 mg tablet, 125 mg tablet, 250 mg tablet</i>	1	
SABRIL 500 MG POWDER PACKET, 500 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
SYMPAZAN 10 MG FILM, 20 MG FILM	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SYMPAZAN 5 MG FILM	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tiagabine hcl 2 mg tablet, 4 mg tablet, 12 mg tablet, 16 mg tablet</i>	1	
VALTOCO 5 MG SPRAY, 10 MG SPRAY, 15 MG SPRAY, 20 MG SPRAY	1	QL (10 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 55

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>vigabatrin 500 mg powder packet, 500 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>vigadrone 500 mg powder packet, 500 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
VIGAFYDE 100 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (750 PER 30 DAYS)
<i>vigpoder 500 mg powder packet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	1	

Sodium Channel Agents

APTIOM 200 MG TABLET, 400 MG TABLET, 600 MG TABLET, 800 MG TABLET	1	
BANZEL 40 MG/ML SUSPENSION, 200 MG TABLET, 400 MG TABLET	1	
<i>carbamazepine 100 mg tab chew, 100 mg/5 ml cup, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet, 200 mg/10 ml cup</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 56

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>carbamazepine er er 100 mg cap, er 100 mg tablet, er 200 mg cap, er 200 mg tablet, er 300 mg cap, er 400 mg tablet</i>	1	
CARBATROL ER 100 MG CAPSULE, ER 200 MG CAPSULE, ER 300 MG CAPSULE	1	
DILANTIN 30 MG CAPSULE, 50 MG INFATAB, 100 MG CAPSULE	1	
DILANTIN-125 MG/5 ML SUSP	1	
<i>epitol 200 mg tablet</i>	1	
<i>fosphenytoin sodium 100 mg pe/2 ml vl, 500 mg pe/10 ml</i>	1	
<i>lacosamide 10 mg/ml solution, 50 mg tablet, 50 mg/5 ml cup, 100 mg tablet, 100 mg/10 ml cup, 150 mg tablet, 150 mg/15 ml cup, 200 mg tablet, 200 mg/20 ml cup, 200 mg/20 ml vial</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>oxcarbazepine 150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/5 ml cup, 300 mg/5 ml susp, 600 mg tablet</i>	1	
PHENYTEK 200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE	1	
<i>phenytoin 50 mg infatab chew, 50 mg tablet chew, 100 mg/4 ml susp cup, 125 mg/5 ml susp</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i>	1	
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension, 200 mg tablet, 400 mg tablet</i>	1	
TEGRETOL 100 MG/5 ML SUSP, 200 MG TABLET	1	
TEGRETOL XR 100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 400 MG TABLET	1	
TRILEPTAL 150 MG TABLET, 300 MG TABLET, 300 MG/5 ML SUSP, 600 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 200 MG/20 ML VIAL	1	
ZONEGRAN 25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE	1	
ZONISADE 100 MG/5 ML ORAL SUSP	1	
<i>zonisamide 25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule</i>	1	

Antidementia Agents

Cholinesterase Inhibitors

ADLARITY 5 MG/DAY PATCH, 10MG/DAY PATCH	1	
ARICEPT 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	
<i>donepezil hcl 5 mg tablet, 10 mg tablet, 23 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>donepezil hcl odt odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet</i>	1	
EXELON 4.6 MG/24HR PATCH, 9.5 MG/24HR PATCH, 13.3 MG/24HR PATCH	1	
<i>galantamine er er 8 mg capsule, er 16 mg capsule, er 24 mg capsule</i>	1	
<i>galantamine hbr 4 mg tablet, 8 mg tablet, 12 mg tablet</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide 4 mg/ml oral soln</i>	1	
<i>rivastigmine 1.5 mg capsule, 3 mg capsule, 4.5 mg capsule, 4.6 mg/24hr patch, 6 mg capsule, 9.5 mg/24hr patch, 13.3 mg/24hr ptch</i>	1	
N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist		
<i>memantine hcl er er 7 mg capsule, er 14 mg capsule, er 21 mg capsule, er 28 mg capsule</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>memantine hcl hcl 2 mg/ml solution, 5-10 mg titration pk, hcl 5 mg tablet, hcl 10 mg tablet</i>	1	PA
NAMENDA 5 MG TABLET, 5-10 MG TITRATION PK, 10 MG TABLET	1	PA

Antidepressants

Antidepressants, Other

AUVELITY ER 45-105 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 150mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 200 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion xl hcl 150 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 61

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>bupropion xl hcl 300 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>mirtazapine 15 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>mirtazapine 7.5 mg tablet, 15 mg odt, 30 mg odt, 30 mg tablet, 45 mg odt, 45 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REMERON 15 MG SOLTAB, 30 MG SOLTAB, 30 MG TABLET, 45 MG SOLTAB	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REMERON 15 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)
SPRAVATO 56 MG DOSE PACK	1	PA, QL (16 PER 28 DAYS)
SPRAVATO 84 MG DOSE PACK	1	PA, QL (24 PER 28 DAYS)
WELLBUTRIN SR 100 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN SR SR 150 MG TABLET, SR 200 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN XL 150 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 62

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
WELLBUTRIN XL 300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE	1	QL (28 PER 365 OVER TIME)
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	1	QL (14 PER 365 OVER TIME)

Monoamine Oxidase Inhibitors

EMSAM 6 MG/24 PATCH, 9 MG/24 PATCH, 12 MG/24 PATCH	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
MARPLAN 10 MG TABLET	1	
NARDIL 15 MG TABLET	1	
PARNATE 10 MG TABLET	1	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	1	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/ Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibito		
CELEXA 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)
CELEXA 40 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>citalopram hbr 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>citalopram hbr 10 mg/5 ml soln, 20 mg/10 ml cup</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>citalopram hbr 40 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CYMBALTA 20 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
CYMBALTA 30 MG CAPSULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er er 25 mg, er 50 mg, er 100mg</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP	1	QL (90 PER 30 DAYS)
DRIZALMA SPRINKLE DR 20 MG CAP, DR 40 MG CAP, DR 60 MG CAP	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 64

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>duloxetine hcl dr 20 mg cap, dr 60 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl dr 30 mg cap</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
EFFEXOR XR 150 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EFFEXOR XR 37.5 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
EFFEXOR XR 75 MG CAPSULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate 20 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	1	QL (28 PER 28 DAYS)
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE, ER 40 MG CAPSULE, ER 80 MG CAPSULE, ER 120 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine dr 90 mg capsule</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fluoxetine hcl 10 mg capsule, 10 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 65

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule, 20 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5 ml soln cup, 20 mg/5 ml solution</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>flvoxamine maleate 100 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>flvoxamine maleate 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
LEXAPRO 20 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
LEXAPRO 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>nefazodone hcl 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet</i>	1	
<i>paroxetine cr 12.5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine cr 25 mg tablet, 37.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine er 12.5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>paroxetine er er 25 mg tablet, er 37.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl 10 mg tablet, 40 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp</i>	1	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl 20 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PAXIL 10 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)
PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION	1	QL (900 PER 30 DAYS)
PAXIL 20 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PAXIL 30 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PRISTIQ ER 25 MG TABLET, ER 50 MG TABLET, ER 100 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PROZAC 10 MG PULVULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
PROZAC 20 MG PULVULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
PROZAC 40 MG PULVULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 67

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sertraline hcl 20 mg/ml oral conc</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>sertraline hcl 25 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>trazodone hcl 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet</i>	1	
TRINTELLIX 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine besylate er 112.5 mg tb</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl 25 mg tablet, 37.5 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
VIIBRYD 10 MG TABLET, 10-20 MG STARTER PACK, 20 MG TABLET, 40 MG	1	QL (30 PER 30 DAYS)

— Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 68

TABLET

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>vilazodone hcl 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZOLOFT 100 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ZOLOFT 20 MG/ML ORAL CONC	1	QL (300 PER 30 DAYS)
ZOLOFT 25 MG TABLET, 50 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)

Tricyclics

<i>amitriptyline hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab</i>	1	
<i>amoxapine 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet</i>	1	
<i>clomipramine hcl 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule</i>	1	
<i>desipramine hcl 10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 69

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>doxepin hcl 10 mg capsule, 10 mg/ml oral conc, 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule</i>	1	
<i>imipramine hcl 10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	
NORPRAMIN 10 MG TABLET, 25 MG TABLET	1	
<i>nortriptyline hcl 10 mg/5 ml soln, hcl 10 mg cap, hcl 25 mg cap, hcl 50 mg cap, hcl 75 mg cap</i>	1	
<i>protriptyline hcl 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	
<i>trimipramine maleate 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cp</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 70

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Antiemetics

Antiemetics, Other

<i>chlorpromazine hcl 10 mg tablet, 25 mg tablet, 25 mg/ml amp, 25 mg/ml vial, 30 mg/ml conc, 50 mg tablet, 50 mg/2 ml amp, 50 mg/2 ml vial, 100 mg tablet, 100 mg/ml conc, 200 mg tablet</i>	1	PA
<i>compro 25 mg suppository</i>	1	
<i>meclizine hcl 12.5 mg tablet, 25 mg tablet</i>	1	
<i>perphenazine 2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tablet</i>	1	PA
<i>prochlorperazine 25 mg supp</i>	1	
<i>prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml vl</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate 5 mg tablet, 10 mg tab</i>	1	
<i>promethazine hcl 6.25 mg/5 ml soln, 6.25 mg/5 ml syrp, 12.5 mg suppos, 12.5 mg tablet, 25 mg suppository, 25 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>promethegan 12.5 mg suppos, 25 mg suppository</i>	1	PA
<i>scopolamine 1 mg/3 day patch</i>	1	PA
Emetogenic Therapy Adjuncts		
<i>aprepitant 40 mg capsule, 80 mg capsule, 125 mg capsule, 125-80-80 mg pack</i>	1	PA
<i>dronabinol 2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule</i>	1	PA
EMEND 80 MG CAPSULE, TRIPACK	1	PA
<i>fosaprepitant dimeglumine 150 mg vial</i>	1	
<i>granisetron hcl 1 mg tablet</i>	1	PA
<i>granisetron hcl 1 mg/ml vial, 4 mg/4 ml vial</i>	1	
<i>ondansetron hcl 4 mg/2 ml isecure, 4 mg/5 ml soln cup, 4 mg/5 ml solution, hcl 4 mg tablet, hcl 4 mg/2 ml amp, hcl 4 mg/2 ml syr, hcl 4 mg/2 ml vial, hcl 8 mg tablet, hcl 24 mg tablet, 40 mg/20 ml vial</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 72

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ondansetron odt odt 4 mg tablet, odt 8 mg tablet</i>	1	
<i>palonosetron hcl 0.25 mg/2 ml vial, 0.25 mg/5 ml vial, hcl 0.25 mg/5 ml</i>	1	
Antifungals		
AMBISOME 50 MG VIAL	1	PA
<i>amphotericin b 50 mg vial</i>	1	PA
<i>amphotericin b liposome 50 mg</i>	1	Part D vs Part B
CANCIDAS IV 50 MG VIAL, IV 70 MG VIAL	1	
<i>caspofungin acetate 50 mg vial, 70 mg vial</i>	1	
<i>ciclodan 8% solution</i>	1	QL (6.6 PER 30 DAYS)
<i>ciclopirox 0.77% cream, 0.77% gel, 0.77% topical susp, 1% shampoo</i>	1	
<i>ciclopirox 8% solution</i>	1	QL (6.6 PER 30 DAYS)
<i>clotrimazole 1% solution, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 73

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
CRESEMBA 74.5 MG CAPSULE, 186 MG CAPSULE, 372 MG VIAL	1	PA
DIFLUCAN 10 MG/ML SUSPENSION, 40 MG/ML SUSPENSION, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	
<i>econazole nitrate 1% cream</i>	1	
<i>fluconazole 10 mg/ml susp, 40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet</i>	1	
<i>fluconazole-nacl -200 mg/100 ml, -400 mg/200 ml</i>	1	
<i>flucytosine 250 mg capsule, 500 mg capsule</i>	1	
<i>griseofulvin 125 mg/5 ml susp, micro 500 mg tab</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize 125 mg tab, 250 mg tab</i>	1	
<i>itraconazole 100 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ketoconazole 2% cream, 2% shampoo, 200 mg tablet</i>	1	
<i>klayesta 100,000 unit/gm powd</i>	1	
LOPROX 1% SHAMPOO	1	
<i>miconazole 50 mg vial, 100 mg vial</i>	1	
<i>miconazole-0.9% nacl 50 mg/50ml-0.9%nacl</i>	1	
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION, DR 100 MG TABLET, 300 MG POWDERMIX SUSP, 300 MG/16.7 ML VIAL	1	PA
<i>nyamyc 100,000 unit/gm powder</i>	1	
<i>nystatin 100,000 unit/gm cream, 100,000 unit/gm oint, 100,000 unit/gm powd, 100,000 unit/ml susp, 500,000 unit oral tab, 500,000 unit/5 ml cup, 500,000 unit/5 ml sus</i>	1	
<i>nystop 100,000 unit/gm powder</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>posaconazole dr 100 mg tablet, 200 mg/5 ml susp, 300 mg/16.7 ml vl</i>	1	PA
SPORANOX 100 MG CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>terbinafine hcl 250 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>terconazole 0.4% cream, 0.8% cream, 80 mg suppository</i>	1	
VFEND IV 200 MG VIAL	1	PA
<i>voriconazole 40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 200 mg tablet, 200 mg vial</i>	1	PA

Antigout Agents

<i>allopurinol 100 mg tablet, 300 mg tablet</i>	1	
<i>allopurinol sodium 500 mg vial</i>	1	
ALOPRIM 500 MG VIAL	1	
<i>colchicine 0.6 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
COLCRYS 0.6 MG TABLET	1	
<i>probenecid 500 mg tablet</i>	1	
<i>probenecid-colchicine - tablet</i>	1	
ZYLOPRIM 100 MG TABLET, 300 MG TABLET	1	

Antimigraine Agents

AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML	1	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML	1	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml spry</i>	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
EMGALITY PEN 120 MG/ML	1	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
EMGALITY SYRINGE 100 MG/ML SYR(1 OF 3), 300 MG (100 MG X3SYR)	1	PA, QL (3 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
EMGALITY SYRINGE 120 MG/ML	1	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
<i>ergotamine-caffeine -1-100mg tb</i>	1	
MIGRANAL NASAL SPRAY	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
NURTEC ODT 75 MG TABLET	1	PA, QL (16 PER 30 DAYS)
UBRELVY 50 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	PA, QL (16 PER 30 DAYS)
Serotonin (5-HT) Receptor Agonist		
IMITREX 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	ST, QL (18 PER 30 DAYS)
IMITREX 4 MG/0.5 ML CARTRIDGES, 4 MG/0.5 ML PEN INJECT	1	ST, QL (6 PER 30 DAYS)
IMITREX 5 MG SPRAY, 20 MG SPRAY	1	ST, QL (12 PER 30 DAYS)
IMITREX 6 MG/0.5 ML CARTRIDGES, 6 MG/0.5 ML PEN INJECT	1	QL (6 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 78

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
MAXALT 10 MG TABLET	1	ST, QL (18 PER 30 DAYS)
MAXALT MLT 10 MG TABLET	1	ST, QL (18 PER 30 DAYS)
<i>naratriptan hcl 1 mg tablet, 2.5 mg tablet</i>	1	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>rizatriptan 5 mg odt, 5 mg tablet, 10 mg odt, 10 mg tablet</i>	1	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan 5 mg, 20 mg</i>	1	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml cart, 4 mg/0.5 ml inject, 6 mg/0.5 ml cart, 6 mg/0.5ml autoinj</i>	1	QL (6 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml vial</i>	1	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>zolmitriptan odt 2.5 mg odt, 5 mg odt</i>	1	QL (12 PER 30 DAYS)

Antimyasthenic Agents

Parasympathomimetics

MESTINON 60 MG TABLET, 60 MG/5 ML SOLUTION, 180 MG	1	
--	---	--

— Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 79

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>pyridostigmine bromide 60 mg/5 ml cup, 60 mg/5 ml soln, br 60 mg tablet</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab</i>	1	
Antimycobacterials		
Antimycobacterials, Other		
<i>dapsone 25 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	
MYCOBUTIN 150 MG CAPSULE	1	
<i>rifabutin 150 mg capsule</i>	1	
Antituberculars		
<i>cycloserine 250 mg capsule</i>	1	
<i>ethambutol hcl 100 mg tablet, 400 mg tablet</i>	1	
<i>isoniazid 50 mg/5 ml solution, 100 mg tablet, 100 mg/ml vial, 300 mg tablet</i>	1	
PRIFTIN 150 MG TABLET	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>pyrazinamide 500 mg tablet</i>	1	
RIFADIN IV 600 MG VIAL	1	
<i>rifampin 150 mg capsule, 300 mg capsule, iv 600 mg vial</i>	1	
SIRTURO 20 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	
TRECTOR 250 MG TABLET	1	

Antineoplastics

Alkylating Agents

<i>busulfan 60 mg/10 ml vial</i>	1	
<i>cyclophosphamide 25 mg capsule, 25 mg tablet, 50 mg capsule, 50 mg tablet</i>	1	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>cyclophosphamide</i> <i>cyclophosphamide 1 gm vial, cyclophosphamide 1 gm/2 ml vl,</i> <i>cyclophosphamide 1 gm/5 ml vl, cyclophosphamide 2 gm vial, cyclophosphamide 2 gm/10 ml vl,</i> <i>cyclophosphamide 2 gm/4 ml vl, cyclophosphamide 500 mg vial,</i> <i>cyclophosphamide 500 mg/2.5 ml,</i> <i>cyclophosphamide 500 mg/ml vl,</i> <i>cyclophosphamide 1 gm/5 ml vl, cyclophosphamide 500 mg/2.5 ml</i>	1	
EVOMELA 50 MG VIAL	1	
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE	1	
LEUKERAN 2 MG TABLET	1	
MATULANE 50 MG CAPSULE	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>melphalan hcl 50 mg vial w-diluent, hcl 50 mg vial</i>	1	
TEMODAR 100 MG VIAL	1	
VALCHLOR 0.016% GEL	1	
YONDELIS 1 MG VIAL	1	PA
ZEPZELCA 4 MG VIAL	1	PA
Antiandrogens		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>bicalutamide 50 mg tablet</i>	1	
CASODEX 50 MG TABLET	1	
ERLEADA 240 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ERLEADA 60 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
EULEXIN 125 MG CAPSULE	1	
NILANDRON 150 MG TABLET	1	
<i>nilutamide 150 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 83

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
NUBEQA 300 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XTANDI 40 MG CAPSULE, 40 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XTANDI 80 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
YONSA 125 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
Antiangiogenic Agents		
<i>lenalidomide 15 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule</i>	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
<i>lenalidomide 2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
POMALYST 1 MG CAPSULE, 2 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
REVLIMID 15 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
REVLIMID 2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
THALOMID 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
THALOMID 50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ZALTRAP 100 MG/4 ML VIAL, 200 MG/8 ML VIAL	1	PA
Antiestrogens/Modifiers		
EMCYT 140 MG CAPSULE	1	
FARESTON 60 MG TABLET	1	
FASLODEX 250 MG/5 ML SYRINGE	1	PA
<i>fulvestrant 250 mg/5 ml syring</i>	1	PA
ORSERDU 345 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 85

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ORSERDU 86 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLN	1	
<i>tamoxifen citrate 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	1	
Antimetabolites		
<i>fluorouracil 1 gram/20 ml vial, 2.5 gram/50 ml vl, 5 gram/100 ml vl, 500 mg/10 ml vial</i>	1	Part D vs Part B
FOLOTYN 20 MG/ML VIAL, 40 MG/2 ML VIAL	1	PA
HYDREA 500 MG CAPSULE	1	
<i>hydroxyurea 500 mg capsule</i>	1	
<i>mercaptopurine 50 mg tablet</i>	1	
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSP	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TABLOID 40 MG TABLET	1	
Antineoplastics, Other		
ABRAXANE 100 MG VIAL	1	PA
<i>adriamycin adriamycin 20 mg/10 ml vial, adriamycin 50 mg vial, adriamycin 10 mg vial, adriamycin 10 mg/5 ml vial, adriamycin 50 mg/25 ml vial, adriamycin 200 mg/100 ml vial</i>	1	Part D vs Part B
ALIMTA 100 MG VIAL, 500 MG VIAL	1	PA
ARRANON 250 MG/50 ML VIAL	1	PA
<i>arsenic trioxide 10 mg/10ml, 12 mg/6 ml</i>	1	
ASPARLAS 3,750 UNIT/5 ML VIAL	1	
<i>azacitidine 100 mg vial</i>	1	
<i>bendamustine hcl 25 mg vial, 100 mg vial</i>	1	
BENDEKA 100 MG/4 ML VIAL	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
BICNU 100 MG VIAL	1	
<i>bleomycin sulfate 15 vial, 30 vial</i>	1	Part D vs Part B
BLINCYTO 35MCG VL W-STABILIZER	1	PA
<i>carboplatin 50 mg/5 ml vial, 150 mg/15 ml vial, 450 mg/45 ml vial, 600 mg/60 ml vial</i>	1	
<i>carmustine 100 mg vial</i>	1	
<i>cisplatin 50 mg/50 ml vial, 100 mg/100 ml vial, 200 mg/200 ml vial</i>	1	
<i>cladribine 10 mg/10 ml vial</i>	1	Part D vs Part B
<i>clofarabine 20 mg/20 ml vial</i>	1	
CLOLAR 20 MG/20 ML VIAL	1	
COSMEGEN 500 MCG VIAL	1	
<i>cytarabine 2 g/20 ml vial, 20 mg/ml vial, 100 mg/5 ml vial</i>	1	Part D vs Part B
<i>dacarbazine 100 mg vial, 200 mg vial</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>dactinomycin 500 mcg vial</i>	1	
<i>daunorubicin hcl 20 mg/4 ml vial, 50 mg/10 ml vial</i>	1	
<i>decitabine 50 mg vial</i>	1	
<i>docetaxel 20 mg/2 ml vial, 20 mg/ml vial, 80 mg/4 ml vial, 80 mg/8 ml vial, 160 mg/16 ml vial, 160 mg/8 ml vial</i>	1	
<i>doxorubicin hcl 10 mg vial, 10 mg/5 ml vial, 20 mg/10 ml vial, 50 mg vial, 50 mg/25 ml vial, 150 mg/75 ml vial, 200 mg/100 ml vial</i>	1	Part D vs Part B
<i>doxorubicin hcl liposome 20mg/10ml, 50mg/25ml</i>	1	PA
<i>eribulin mesylate 1 mg/2 ml vial</i>	1	PA
<i>fludarabine phosphate 50 mg vial, 50 mg/2 ml vial</i>	1	
<i>gemcitabine hcl 1 gram/26.3 ml vial, hcl 1 gram vial, 2 gram/52.6 ml vial, hcl 2 gram vial, 200 mg/5.26 ml vial, hcl 200 mg vial</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
HALAVEN 1 MG/2 ML VIAL	1	PA
<i>idarubicin hcl 5 mg/5 ml vial, 10 mg/10 ml vl, 20 mg/20 ml vl</i>	1	
IFEX 3 GM VIAL	1	
<i>ifosfamida 1 gm vial, 1 gm/20 ml vial, 3 gm vial, 3 gm/60 ml vial</i>	1	
IMLYGIC 1 MILLION PFU/ML VIAL, 100 MILLION PFU/ML VL	1	
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET	1	PA, QL (5 PER 28 DAYS)
ISTODAX 10 MG KIT, 10 MG VIAL	1	PA
IXEMPRA 15 MG KIT, 15 MG VIAL, 45 MG KIT, 45 MG VIAL	1	
<i>kemoplat 50 mg/50 ml vial</i>	1	
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG	1	PA, QL (49 PER 28 DAYS)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG	1	PA, QL (70 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 90

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG	1	PA, QL (91 PER 28 DAYS)
<i>leucovorin calcium cal 100 mg/10 ml vl, cal 500 mg/50 ml vl, calcium 5 mg tab, calcium 10 mg tab, calcium 15 mg tab, calcium 25 mg tab, calcium 50 mg vial, calcium 100 mg vial, calcium 200 mg vial, calcium 350 mg vial, calcium 500 mg vial</i>	1	
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET	1	PA, QL (100 PER 28 DAYS)
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET	1	PA, QL (80 PER 28 DAYS)
<i>mitomycin 5 mg vial, 20 mg vial, 40 mg vial</i>	1	
<i>mitoxantrone hcl 20 mg/10 ml vial, 25 mg/12.5 ml vl, 30 mg/15 ml vial</i>	1	
MUTAMYCIN 5 MG VIAL, 20 MG VIAL, 40 MG VIAL	1	
<i>nelarabine 250 mg/50 ml vial</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 91

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
NINLARO 2.3 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
NIPENT 10 MG VIAL	1	
ONCASPAR 3,750 UNIT/5 ML VIAL	1	
ONUREG 200 MG TABLET, 300 MG TABLET	1	PA, QL (14 PER 28 DAYS)
<i>oxaliplatin 50 mg vial, 50 mg/10 ml vial, 100 mg vial, 100 mg/20 ml vial, 200 mg/40 ml vial</i>	1	
<i>paclitaxel 30 mg/5 ml vial, 100 mg/16.7 ml vial, 150 mg/25 ml vial, 300 mg/50 ml vial</i>	1	
<i>paraplatin 50 mg/5 ml vial, 150 mg/15 ml vial, 450 mg/45 ml vial, 600 mg/60 ml vial, 1,000 mg/100 ml vial</i>	1	
<i>pemetrexed 100 mg vial, 500 mg vial</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 92

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>pemetrexed disodium 1 gm vial, 1 gm/40 ml, 100 mg vl, 100 mg/4ml, 500 mg vl, 500mg/20ml, 750 mg vl</i>	1	PA
ROMIDEPSIN ROMIDEPSIN 10 MG KIT, ROMIDEPSIN 10 MG VIAL, ROMIDEPSIN 27.5 MG/5.5 ML VIAL	1	PA
RYLAZE 10 MG/0.5 ML VIAL	1	
SYNRIBO 3.5 MG/ML VIAL	1	PA
<i>thiotepa 15 mg vial, 100 mg vial</i>	1	
TREANDA 25 MG VIAL, 100 MG VIAL	1	
TRISENOX 12 MG/6 ML VIAL	1	
<i>vinblastine sulfate 1 mg/ml vial</i>	1	Part D vs Part B
<i>vincasar pfs 1 mg/ml vial, 2 mg/2 ml vial</i>	1	Part D vs Part B
<i>vincristine sulfate 1 mg/ml vial, 2 mg/2 ml vial</i>	1	Part D vs Part B

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 93

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>vinorelbine tartrate 10 mg/ml vial, 50 mg/5 ml vial</i>	1	
VYXEOS 44 MG-100 MG VIAL	1	PA
WELIREG 40 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
XPOVIO 40 MG TWICE, 80 MG ONCE, 100 MG ONCE	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XPOVIO 40 MG, 60 MG	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY DOSE	1	PA, QL (24 PER 28 DAYS)
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY DOSE	1	PA, QL (32 PER 28 DAYS)
ZANOSAR 1 GM POWDER VIAL	1	
ZOLINZA 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation		
<i>anastrozole 1 mg tablet</i>	1	
ARIMIDEX 1 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
AROMASIN 25 MG TABLET	1	
<i>exemestane 25 mg tablet</i>	1	
FEMARA 2.5 MG TABLET	1	
<i>letrozole 2.5 mg tablet</i>	1	
Enzyme Inhibitors		
ETOPOPHOS 100 MG VIAL	1	
<i>etoposide 100 mg/5 ml vial, 500 mg/25 ml vial, 1,000 mg/50 ml vial</i>	1	
<i>irinotecan hcl 40 mg/2 ml vial, 100 mg/5 ml vl, 500 mg/25 ml vl</i>	1	
IWILFIN 192 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
ONIVYDE 43 MG/10 ML VIAL	1	PA
<i>toposar 100 mg/5 ml vial, 500 mg/25 ml vial, 1,000 mg/50 ml vial</i>	1	
<i>topotecan hcl 4 mg vial, 4 mg/4 ml vial</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 95

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Molecular Target Inhibitors

AFINITOR 2.5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AFINITOR 5 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AFINITOR DISPERZ 2 MG TABLET, 5 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AFINITOR DISPERZ 3 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
AKEEGA 50-500 MG TABLET, 100-500 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ALECENSA 150 MG CAPSULE	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
ALIQOPA 60 MG VIAL	1	PA
ALUNBRIG 30 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ALUNBRIG 90 MG TABLET, 90 MG-180 MG TAB PACK, 180 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 96

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
AUGTYRO 40 MG CAPSULE	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
AYVAKIT 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
BALVERSA 3 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
BALVERSA 4 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
BALVERSA 5 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
BELEODAQ 500 MG VIAL	1	PA
<i>bortezomib 1 mg vial, 2.5 mg vial, 3.5 mg iv vial, 3.5 mg vial</i>	1	PA
BOSULIF 100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
BOSULIF 400 MG TABLET, 500 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 97

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
BOSULIF 50 MG CAPSULE	1	PA, QL (330 PER 30 DAYS)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
CABOMETYX 20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
CALQUENCE 100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CAPRELSA 100 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CAPRELSA 300 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
COMETRIQ 100 MG DAILY-DOSE PK	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
COMETRIQ 140 MG DAILY-DOSE PK	1	PA, QL (112 PER 28 DAYS)
COMETRIQ 60 MG DAILY-DOSE PACK	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
COPIKTRA 15 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 98

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
COTELLIC 20 MG TABLET	1	PA, QL (63 PER 28 DAYS)
CYRAMZA 100 MG/10 ML VIAL, 500 MG/50 ML VIAL	1	PA
<i>dasatinib 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dasatinib 50 mg tablet, 70 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg tablet, 140 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAURISMO 100 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAURISMO 25 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>erlotinib hcl 100 mg tablet, 150 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>erlotinib hcl 25 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>everolimus 2 mg tab for susp, 5 mg tab for susp, 5 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>everolimus 2.5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 99

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>everolimus 3 mg tab for susp</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
EXKIVITY 40 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
FARYDAK 10 MG CAPSULE, 15 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE	1	PA, QL (6 PER 21 DAYS)
FOTIVDA 0.89 MG CAPSULE, 1.34 MG CAPSULE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
GAVRETO 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>gefitinib 250 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GILOTRIF 20 MG TABLET, 30 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GLEEVEC 100 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 100

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
GLEEVEC 400 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
IBRANCE 75 MG CAPSULE, 75 MG TABLET, 100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET, 125 MG CAPSULE, 125 MG TABLET	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
ICLUSIG 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
IDHIFA 50 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE, 420 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 101

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	1	PA, QL (324 PER 30 DAYS)
INLYTA 1 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
INLYTA 5 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
INREBIC 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
IRESSA 250 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
JAKAFI 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 25 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
JAYPIRCA 100 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
JAYPIRCA 50 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
JEVTANA 60 MG/1.5 ML KIT, 60 MG/1.5 ML VIAL	1	PA
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
KISQALI 400 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (42 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 102

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
KISQALI 600 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (63 PER 28 DAYS)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
KRAZATI 200 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
KYPROLIS 10 MG VIAL, 30 MG VIAL, 60 MG VIAL	1	PA
<i>lapatinib 250 mg tablet</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
LAZCLUZE 240 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LAZCLUZE 80 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LENVIMA 12 MG DAILY, 18 MG DAILY, 24 MG DAILY	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LENVIMA 4 MG CAPSULE, 10 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LENVIMA 8 MG DAILY, 14 MG DAILY, 20 MG DAILY	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 103

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
LORBRENA 100 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LORBRENA 25 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LUMAKRAS 120 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
LUMAKRAS 320 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LYNPARZA 100 MG TABLET, 150 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
LYTGOBI 12 MG DOSE (3X 4MG TB)	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
LYTGOBI 16 MG DOSE (4X 4MG TB)	1	PA, QL (112 PER 28 DAYS)
LYTGOBI 20 MG DOSE (5X 4MG TB)	1	PA, QL (140 PER 28 DAYS)
MEKINIST 0.05 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (1170 PER 28 DAYS)
MEKINIST 0.5 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
MEKINIST 2 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
MEKTOVI 15 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 104

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
NERLYNX 40 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
NEXAVAR 200 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ODOMZO 200 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OGSIVEO 100 MG TABLET, 150 MG TABLET	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
OGSIVEO 50 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
OJEMDA 100 MG TAB (400MG DOSE), 100 MG TAB (500MG DOSE), 100 MG TAB (600MG DOSE)	1	PA, QL (24 PER 28 DAYS)
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	1	PA, QL (96 PER 28 DAYS)
OJJAARA 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pazopanib hcl 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
PEMAZYRE 4.5 MG TABLET, 9 MG TABLET, 13.5 MG TABLET	1	PA, QL (14 PER 21 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 105

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
PIQRAY 200 MG DAILY DOSE PACK	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
PIQRAY 250 MG DAILY PACK, 300 MG DAILY PACK	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
QINLOCK 50 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RETEVMO 40 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
RETEVMO 40 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RETEVMO 80 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
RETEVMO 80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ROZLYTREK 50 MG PELLETT PACKET	1	PA, QL (336 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 106

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
RUBRACA 200 MG TABLET, 250 MG TABLET, 300 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
RYDAPT 25 MG CAPSULE	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
SCSEMBLIX 100 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SCSEMBLIX 20 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SCSEMBLIX 40 MG TABLET	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>sorafenib 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SPRYCEL 20 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
SPRYCEL 50 MG TABLET, 70 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET, 140 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
STIVARGA 40 MG TABLET	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 107

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>sunitinib malate 25 mg capsule, 37.5 mg cap, 50 mg capsule</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SUTENT 12.5 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
SUTENT 25 MG CAPSULE, 37.5 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TABRECTA 150 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	1	PA, QL (840 PER 28 DAYS)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAGRISO 40 MG TABLET, 80 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 108

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TALZENNA 0.1 MG CAPSULE, 0.1 MG SOFTGEL, 0.25 MG CAPSULE, 0.25 MG SOFTGEL, 0.35 MG CAPSULE, 0.35 MG SOFTGEL, 0.5 MG CAPSULE, 0.5 MG SOFTGEL, 0.75 MG CAPSULE, 0.75 MG SOFTGEL, 1 MG CAPSULE, 1 MG SOFTGEL	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TARCEVA 100 MG TABLET, 150 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TARCEVA 25 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TASIGNA 50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAZVERIK 200 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>temsirolimus 25 mg vial</i>	1	
TEPMETKO 225 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TIBSOVO 250 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TORISEL 25 MG KIT, 25 MG VIAL	1	
<i>torpenz 2.5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>torpenz 5 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TRUQAP 160 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	PA, QL (64 PER 28 DAYS)
TUKYSA 150 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TUKYSA 50 MG TABLET	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
TURALIO 125 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TYKERB 250 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
VANFLYTA 17.7 MG TABLET, 26.5 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VELCADE 3.5 MG VIAL	1	PA
VENCLEXTA 10 MG TAB (10MG X 2), 10 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 110

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
VENCLEXTA 100 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
VENCLEXTA 50 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VENCLEXTA STARTING PACK	1	PA, QL (42 PER 28 DAYS)
VERZENIO 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
VIZIMPRO 15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VONJO 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
VORANIGO 10 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 111

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
VORANIGO 40 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VOTRIENT 200 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XALKORI 150 MG PELLETT	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
XALKORI 20 MG PELLETT, 50 MG PELLETT, 200 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XOSPATA 40 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZEJULA 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZEJULA 100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ZELBORAF 240 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
ZYDELIG 100 MG TABLET, 150 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ZYKADIA 150 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 112

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Monoclonal Antibody/Antibody-Drug Conjugate		
ADCETRIS 50 MG VIAL	1	PA
ALYMSYS 100 MG/4 ML VIAL, 400 MG/16 ML VIAL	1	PA
ARZERRA 100 MG/5 ML VIAL, 1,000 MG/50 ML VIAL	1	PA
AVASTIN 100 MG/4 ML VIAL, 400 MG/16 ML VIAL	1	PA
BAVENCIO 200 MG/10 ML VIAL	1	PA
BESPONSA 0.9 MG VIAL	1	PA
BLNREP 100 MG VIAL	1	PA
DANYELZA 40 MG/10 ML VIAL	1	PA
DARZALEX 100 MG/5 ML VIAL, 400 MG/20 ML VIAL	1	PA
DARZALEX FASPRO 1,800MG-30,000	1	PA
EMPLICITI 300 MG VIAL, 400 MG VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 113

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ENHERTU 100 MG VIAL	1	PA
ERBITUX 100 MG/50 ML VIAL, 200 MG/100 ML VIAL	1	PA
GAZYVA 1,000 MG/40 ML VIAL	1	PA
HERCEPTIN 150 MG VIAL	1	PA
HERCEPTIN HYLECTA 600MG-10,000	1	PA
HERZUMA 150 MG VIAL, 420 MG VIAL	1	PA
IMFINZI 120 MG/2.4 ML VIAL, 500 MG/10 ML VIAL	1	PA
JEMPERLI 500 MG/10 ML VIAL	1	PA
KADCYLA 100 MG VIAL, 160 MG VIAL	1	PA
KANJINTI 150 MG VIAL, 420 MG VIAL, 420 MG VIAL W-DILUENT	1	PA
KEYTRUDA 100 MG/4 ML VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
LIBTAYO 350 MG/7 ML VIAL	1	PA
LUMOXITI 1 MG VIAL	1	PA
MARGENZA 250 MG/10 ML VIAL	1	PA
MONJUVI 200 MG VIAL	1	PA
MVASI 100 MG/4 ML VIAL, 400 MG/16 ML VIAL	1	PA
MYLOTARG 4.5 MG VIAL	1	PA
OGIVRI 150 MG VIAL, 420 MG VIAL	1	PA
ONTRUZANT 150 MG VIAL, 420 MG VIAL	1	PA
OPDIVO 40 MG/4 ML VIAL, 100 MG/10 ML VIAL, 120 MG/12 ML VIAL, 240 MG/24 ML VIAL	1	PA
PADCEV 20 MG VIAL, 30 MG VIAL	1	PA
PERJETA 420 MG/14 ML VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 115

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
PHESGO 600-600 MG-20,000 UNIT, 1,200-600MG-30,000 UNIT	1	PA
POLIVY 30 MG VIAL, 140 MG VIAL	1	PA
PORTRAZZA 800 MG/50 ML VIAL	1	PA
POTELIGEO 20 MG/5 ML VIAL	1	PA
RIABNI 100 MG/10 ML VIAL, 500 MG/50 ML VIAL	1	PA
RITUXAN 100 MG/10 ML VIAL, 500 MG/50 ML VIAL	1	PA
RITUXAN HYCELA 1,400 MG-23,400, 1,600 MG-26,800	1	PA
RUXIENCE 100 MG/10 ML VIAL, 500 MG/50 ML VIAL	1	PA
RYBREVANT 350 MG/7 ML VIAL	1	PA
SARCLISA 100 MG/5 ML VIAL, 500 MG/25 ML VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 116

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TECENTRIQ 840 MG/14 ML VIAL, 1,200 MG/20 ML VIAL	1	PA
TRAZIMERA 150 MG VIAL, 420 MG VIAL	1	PA
TRODELVY 180 MG VIAL	1	PA
TRUXIMA 100 MG/10 ML VIAL, 500 MG/50 ML VIAL	1	PA
UNITUXIN 17.5 MG/ 5 ML VIAL	1	PA
VECTIBIX 100 MG/5 ML VIAL, 400 MG/20 ML VIAL	1	PA
VEGZELMA 100 MG/4 ML VIAL, 400 MG/16 ML VIAL	1	PA
YERVOY 50 MG/10 ML VIAL, 200 MG/40 ML VIAL	1	PA
ZIRABEV 100 MG/4 ML VIAL, 400 MG/16 ML VIAL	1	PA
ZYNLONTA 10 MG VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 117

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Retinoids		
<i>bexarotene 1% gel, 75 mg capsule</i>	1	PA
PANRETIN 0.1% GEL	1	PA
TARGRETIN 1% GEL, 75 MG CAPSULE	1	PA
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	1	PA
Treatment Adjuncts		
COSELA 300 MG VIAL	1	
<i>dexrazoxane 250 mg vial, 500 mg vial</i>	1	
ELITEK 1.5 MG VIAL, 7.5 MG VIAL	1	
<i>mesna 1 gram/10 ml vial</i>	1	
MESNEX 400 MG TABLET	1	
Antiparasitics		
Anthelmintics		
<i>albendazole 200 mg tablet</i>	1	
<i>benznidazole 12.5 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 118

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
BILTRICIDE 600 MG TABLET	1	
<i>ivermectin 3 mg tablet</i>	1	PA
<i>praziquantel 600 mg tablet</i>	1	
STROMEKTOL 3 MG TABLET	1	PA
Antiprotozoals		
<i>atovaquone 750 mg/5 ml susp, 750 mg/5ml susp cup, 1,500 mg/10 ml cup</i>	1	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
<i>atovaquone-proguanil hcl - 62.5-25, -250-100</i>	1	
<i>chloroquine phosphate 250 mg tablet, 500 mg tablet</i>	1	
COARTEM TABLETS	1	
DARAPRIM 25 MG TABLET	1	PA
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	1	
MALARONE 62.5-25 MG PED TAB, 250-100 MG TABLET	1	
<i>mefloquine hcl 250 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
NEBUPENT 300 MG INHAL POWDER	1	PA
<i>nitazoxanide 500 mg tablet</i>	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PENTAM 300 MG VIAL	1	
<i>pentamidine isethionate 300 mg inhal powdr</i>	1	PA
<i>pentamidine isethionate 300 mg inject vial</i>	1	
PLAQUENIL 200 MG TABLET	1	
<i>primaquine 26.3 mg tablet</i>	1	
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i>	1	PA
<i>quinine sulfate 324 mg capsule</i>	1	PA

Antiparkinson Agents

Antiparkinson Agents, Other

<i>amantadine 50 mg/5 ml solution, 100 mg capsule, 100 mg tablet, 100 mg/10 ml cup, 100 mg/10 ml soln</i>	1	
---	---	--

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tablet, 2 mg tablet</i>	1	PA
<i>carbidopa-levodopa-entacapone -50 mg-, -75 mg-, -100 mg-, -125 mg-, -150 mg-, -200 mg-</i>	1	
COMTAN 200 MG TABLET	1	
<i>entacapone 200 mg tablet</i>	1	
TASMAR 100 MG TABLET	1	
<i>tolcapone 100 mg tablet</i>	1	
Dopamine Agonists		
APOKYN 30 MG/3 ML CARTRIDGE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>apomorphine hcl 30 mg/3 ml cartrdg</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tablet, 5 mg capsule</i>	1	
NEUPRO 1 MG/24 HR PATCH, 2 MG/24 HR PATCH, 3 MG/24 HR PATCH, 4 MG/24 HR PATCH, 6 MG/24 HR PATCH, 8 MG/24 HR PATCH	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 121

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>pramipexole dihydrochloride 0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet</i>	1	
<i>ropinirole er er 2 mg tablet, er 4 mg tablet, er 6 mg tablet, er 8 mg tablet, er 12 mg tablet</i>	1	
<i>ropinirole hcl 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet</i>	1	
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
<i>carbidopa 25 mg tablet</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa -levo 10-100 mg odt, -levo 25-100 mg odt, -levo 25-250 mg odt, -levodopa 10-100 tab, -levodopa 25-100 tab, -levodopa 25-250 tab</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa er -er 25-100 tab, -er 50-200 tab</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
INBRIJA 42 MG INHALATION CAP	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
RYTARY ER 23.75 MG-95 MG CAP, ER 36.25 MG-145 MG CAP, ER 48.75 MG-195 MG CAP, ER 61.25 MG-245 MG CAP	1	
SINEMET 10-100 -MG TABLET	1	
SINEMET 25-100 -MG TABLET	1	

Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors

AZILECT 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET	1	
<i>rasagiline mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	1	
<i>selegiline hcl 5 mg capsule, 5 mg tablet</i>	1	

Antipsychotics

1st Generation/Typical

<i>fluphenazine decanoate 125 mg/5 ml</i>	1	PA
---	---	----

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>fluphenazine hcl 1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 2.5 mg/5 ml elix, 2.5 mg/ml vial, 5 mg tablet, 5 mg/ml conc, 10 mg tablet</i>	1	PA
HALDOL DECANOATE 100 AMPUL	1	PA
HALDOL DECANOATE 50 AMPUL	1	PA
<i>haloperidol 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	PA
<i>haloperidol decanoate 100 mg/ml amp</i>	1	PA
<i>haloperidol decanoate 50 mg/ml ampul, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml amp, 100 mg/ml vial, 250 mg/5 ml vl, 500 mg/5 ml vl</i>	1	PA
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc, 5 mg/ml ampul, 5 mg/ml syring, 5 mg/ml vial, 10 mg/5 ml cup, 50 mg/10 ml vl</i>	1	PA
<i>loxapine 5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule, 50 mg capsule</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 124

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>molindone hcl 5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet</i>	1	PA
<i>pimozide 1 mg tablet, 2 mg tablet</i>	1	PA
<i>thioridazine hcl 10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	PA
<i>thiothixene 1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule</i>	1	PA
<i>trifluoperazine hcl 1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	PA
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 30 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ABILIFY 2 MG TABLET, 5 MG TABLET	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML	1	QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML	1	QL (3.2 PER 56 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 125

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ABILIFY MANTENA ER 300 MG SYR, ER 300 MG VL, ER 400 MG SYR, ER 400 MG VL	1	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	1	PA, QL (750 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 2 mg tablet, 5 mg tablet</i>	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole odt odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	1	QL (3.9 PER 56 OVER TIME)
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	1	QL (1.6 PER 28 DAYS)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	1	QL (2.4 PER 28 DAYS)
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	1	QL (3.2 PER 28 DAYS)
ARISTADA INITIO ER 675 MG/2.4	1	QL (2.4 PER 42 OVER TIME)
<i>asenapine maleate 2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/12/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 126

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CAPLYTA 10.5 MG CAPSULE, 21 MG CAPSULE, 42 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FANAPT 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FANAPT TITRATION PACK	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
GEODON 20 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
GEODON 20 MG/ML VIAL, 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
INVEGA ER 3 MG TABLET, ER 9 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
INVEGA ER 6 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML	1	QL (3.5 PER 180 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/12/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 127

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML	1	QL (5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML	1	QL (0.75 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRG	1	QL (1 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML	1	QL (1.5 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	1	QL (0.25 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	1	QL (0.5 PER 28 DAYS)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML	1	QL (0.88 PER 84 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML	1	QL (1.32 PER 84 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML	1	QL (1.75 PER 84 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML	1	QL (2.63 PER 84 OVER TIME)
LATUDA 20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET, 120 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/12/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 128

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
LATUDA 80 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lurasidone hcl 20 mg tablet, 40 mg tablet, 60 mg tablet, 120 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LYBALVI 5-10 MG TABLET, 10-10 MG TABLET, 15-10 MG TABLET, 20-10 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
NUPLAZID 10 MG TABLET, 34 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olanzapine 10 mg vial</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>olanzapine 15 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olanzapine 2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
<i>olanzapine odt odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet, odt 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 129

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>paliperidone er er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
PERSERIS ER 90 MG POWDER SYRNG, ER 90 MG SYRINGE KIT, ER 120 MG SYRINGE KIT	1	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>quetiapine fumarate 150 mg tablet</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate 300 mg tab, 400 mg tab</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate er er 150 mg tablet, er 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate er er 50 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
REXULTI 0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET, 4 MG	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

— Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

TABLET

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
RISPERDAL 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
RISPERDAL 1 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
RISPERDAL 4 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG VIAL, 25 MG VIAL, 37.5 MG VIAL, 50 MG VIAL	1	QL (2 PER 28 DAYS)
<i>risperidone 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>risperidone 4 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>risperidone er er 12.5 mg vial, er 25 mg vial, er 37.5 mg vial, er 50 mg vial</i>	1	QL (2 PER 28 DAYS)
<i>risperidone odt 0.25 mg odt, 0.5 mg odt, 1 mg odt, 2 mg odt, 3 mg odt</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 131

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>risperidone odt 4 mg</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SAPHRIS 2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SECUADO 3.8 MG/24 HR PATCH, 5.7 MG/24 HR PATCH, 7.6 MG/24 HR PATCH	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SEROQUEL 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SEROQUEL 300 MG TABLET, 400 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SEROQUEL XR 150 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SEROQUEL XR 50 MG TABLET, 300 MG TABLET, 400 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
UZEDY ER 100 MG/0.28 ML SYRING	1	QL (0.28 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 132

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
UZEDY ER 125 MG/0.35 ML SYRING	1	QL (0.35 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 150 MG/0.42 ML SYRING	1	QL (0.42 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 200 MG/0.56 ML SYRING	1	QL (0.56 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 250 MG/0.7 ML SYRINGE	1	QL (0.7 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 50 MG/0.14 ML SYRINGE	1	QL (0.14 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 75 MG/0.21 ML SYRINGE	1	QL (0.21 PER 28 DAYS)
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4.5 MG CAPSULE, 6 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VRAYLAR 1.5 MG-3 MG PACK	1	QL (28 PER 28 DAYS)
<i>ziprasidone hcl 20 mg capsule, 40 mg capsule</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>ziprasidone hcl 60 mg capsule, 80 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ziprasidone mesylate 20 mg/ml vial</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 133

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ZYPREXA 10 MG VIAL	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZYPREXA 15 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ZYPREXA 2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
ZYPREXA RELPREVV 210 MG VIAL, 210 MG VL KIT, 300 MG VIAL, 300 MG VL KIT	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG VIAL, 405 MG VL KIT	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
ZYPREXA ZYDIS 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
Treatment-Resistant		
<i>clozapine 100 mg tablet</i>	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>clozapine 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clozapine 25 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt 12.5 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt 150 mg tablet</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt odt 25 mg tablet, odt 100 mg tablet</i>	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
CLOZARIL 100 MG TABLET	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
CLOZARIL 200 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
CLOZARIL 25 MG TABLET, 50 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	1	PA, QL (540 PER 30 DAYS)

Antispasticity Agents

<i>baclofen 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	
---	---	--

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 135

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
DANTRIUM 25 MG CAPSULE	1	
<i>dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap</i>	1	
<i>tizanidine hcl 2 mg capsule, 2 mg tablet, 4 mg capsule, 4 mg tablet, 6 mg capsule</i>	1	

Antivirals

Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)

BIKTARVY 30-120-15 MG TABLET, 50-200-25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CABENUVA ER 400 MG-600 MG SUSP	1	QL (4 PER 28 DAYS)
CABENUVA ER 600 MG-900 MG SUSP	1	QL (6 PER 28 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
GENVOYA TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG POWDER PACKET, 400 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 25 MG TABLET CHEW, 100 MG TABLET CHEW	1	QL (180 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 136

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ISENTRESS HD 600 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
STRIBILD TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TIVICAY 10 MG TABLET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
TIVICAY 25 MG TABLET, 50 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB FOR SUSP	1	QL (360 PER 30 DAYS)

Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)

DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT 25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz 200 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz 50 mg capsule</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz 600 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitenofovir disoproxil fumarate 600-200-300</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 137

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop --400-300-300, --600-300-300</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>etravirine 100 mg tablet, 200 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 100 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 25 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine 50 mg/5 ml susp</i>	1	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine er 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SYMFI 600-300-300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SYMFI LO 400-300-300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)

<i>abacavir 20 mg/ml solution</i>	1	QL (960 PER 30 DAYS)
-----------------------------------	---	----------------------

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 138

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>abacavir 300 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>abacavir-lamivudine -600-300 mg</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
COMPLERA TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DESCOVY 120-15 MG TABLET, 200-25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine 200 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir disop -100-150mg, -133-200mg, -167-250mg, -200-300mg</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	1	QL (850 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 200 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EPIVIR 10 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (960 PER 30 DAYS)
EPIVIR 150 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
EPIVIR 300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 139

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
EPZICOM TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 10 mg/ml oral soln</i>	1	QL (960 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine - tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ODEFSEY TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RETROVIR 10 MG/ML SYRUP	1	QL (1920 PER 30 DAYS)
RETROVIR 100 MG CAPSULE	1	QL (180 PER 30 DAYS)
RETROVIR 200 MG/20 ML VIAL	1	
<i>stavudine 15 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tb</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SUSP	1	QL (180 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 140

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TRIZIVIR TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TRUVADA 100 MG-150 MG TABLET, 133 MG-200 MG TABLET, 167 MG-250 MG TABLET, 200 MG-300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD 150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET, 300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD POWDER	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ZIAGEN 20 MG/ML SOLUTION	1	QL (960 PER 30 DAYS)
ZIAGEN 300 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 100 mg capsule</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5 ml syrup</i>	1	QL (1920 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 141

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Anti-HIV Agents, Other		
FUZEON 90 MG VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 150 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
RUKOBIA ER 600 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (1840 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TABLET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 300 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TABLET, 150 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	1	QL (4 PER 28 OVER TIME)
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	1	QL (5 PER 28 OVER TIME)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML VIAL	1	QL (18.62 PER 28 DAYS)
TYBOST 150 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 142

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors

APTIVUS 250 MG CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 150 mg cap, 300 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 200 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
KALETRA 100-25 MG TABLET	1	QL (300 PER 30 DAYS)
KALETRA 200-50 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
KALETRA 80 MG-20 MG/ML SOLN	1	QL (480 PER 30 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	1	QL (1800 PER 30 DAYS)
LEXIVA 700 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 143

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>lopinavir-ritonavir -80-20mg/ml</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir -ritonavir 100-25mg tb</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir -ritonavir 200-50mg tb</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
NORVIR 100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET	1	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	1	QL (400 PER 30 DAYS)
PREZISTA 150 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
PREZISTA 600 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PREZISTA 75 MG TABLET	1	QL (300 PER 30 DAYS)
PREZISTA 800 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REYATAZ 200 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
REYATAZ 300 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>ritonavir 100 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TABLET	1	QL (270 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
<i>cidofovir 375 mg/5 ml vial</i>	1	
<i>ganciclovir sodium 500 mg vial</i>	1	Part D vs Part B
PREVYMIS 240 MG TABLET, 480 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VALCYTE 50 MG/ML SOLUTION, 450 MG TABLET	1	
<i>valganciclovir hcl hcl 50 mg/ml, 450 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 145

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	1	
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION, 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET	1	
<i>entecavir 0.5 mg tablet, 1 mg tablet</i>	1	
<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	1	
<i>lamivudine hbv 100 mg tablet</i>	1	
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLET PKT, 200 MG-50 MG TABLET, 200-50 MG PELLET PACK, 400 MG-100 MG TABLET	1	PA
HARVONI 33.75-150 MG PELLET PK, 45-200 MG PELLET PACKT, 45-200 MG TABLET, 90-400 MG TABLET	1	PA
<i>ledipasvir-sofosbuvir -90-400mg</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ribavirin 200 mg capsule, 200 mg tablet</i>	1	
<i>sofosbuvir-velpatasvir -400-100</i>	1	PA
SOVALDI 150 MG PELLET PACKET, 200 MG PELLET PACKET, 200 MG TABLET, 400 MG TABLET	1	PA
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET	1	PA
ZEPATIER 50-100 MG TABLET	1	PA
Anti-influenza Agents		
<i>oseltamivir phosphate 30 mg capsule</i>	1	QL (168 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg capsule, 75 mg capsule</i>	1	QL (84 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml suspension</i>	1	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
RELENZA 5 MG DISKHALER	1	QL (120 PER 365 OVER TIME)
TAMIFLU 30 MG CAPSULE	1	QL (168 PER 365 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 147

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TAMIFLU 45 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE	1	QL (84 PER 365 OVER TIME)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION	1	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
XOFLUZA 40 MG TAB (80 MG DOSE), 40 MG TABLET	1	QL (4 PER 365 OVER TIME)
XOFLUZA 80 MG TABLET	1	QL (2 PER 365 OVER TIME)
Antiherpetic Agents		
<i>acyclovir 200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 400 mg tablet, 800 mg tablet</i>	1	
<i>acyclovir 5% ointment</i>	1	PA
<i>acyclovir sodium 500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial</i>	1	PA
<i>famciclovir 125 mg tablet, 250 mg tablet, 500 mg tablet</i>	1	
<i>valacyclovir 1 gram tablet, 500 mg tablet</i>	1	
VALTREX 1 GM, 500 MG	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 148

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ZOVIRAX 5% OINTMENT	1	PA
Anxiolytics		
<i>alprazolam 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>bupirone hcl 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 30 mg tablet</i>	1	
<i>clonazepam 0.125 mg dis tab, 0.125 mg odt, 0.25 mg odt, 0.5 mg dis tablet, 0.5 mg odt, 1 mg dis tablet, 1 mg odt</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 0.5 mg tablet, 1 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg odt, 2 mg tablet</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tablet</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 149

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tablet</i>	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/5 ml oral cup, 5 mg/5 ml solution</i>	1	PA, QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/ml, 25 mg/5 ml</i>	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml syrup, hcl 10 mg tablet, hcl 25 mg tablet, 50 mg/25 ml cup, hcl 50 mg tablet</i>	1	PA
<i>hydroxyzine pamoate 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	PA
<i>lorazepam 0.5 mg tablet, 1 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam 2 mg tablet, 2 mg/ml oral concent</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>oxazepam 10 mg capsule, 15 mg capsule, 30 mg capsule</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 150

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Bipolar Agents

<i>lithium carbonate 150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap</i>	1	
<i>lithium carbonate er er 300 mg, er 450 mg</i>	1	
<i>lithium citrate 8 meq/5 ml soln cup, 8 meq/5 ml solution</i>	1	
LITHOBID ER 300 MG TABLET	1	

Blood Glucose Regulators

Antidiabetic Agents

<i>acarbose 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>acarbose 25 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>acarbose 50 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ACTOS 15 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
ACTOS 30 MG TABLET, 45 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 151

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
BYDUREON BCISE 2 MG AUTOINJECT	1	PA, QL (3.4 PER 28 DAYS)
BYETTA 5 MCG PEN INJ, 10 MCG PEN INJ	1	PA, QL (2.4 PER 30 DAYS)
CYCLOSET 0.8 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
FARXIGA 10 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FARXIGA 5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>gauze pads & dressings - pads 2 x 2</i>	1	
<i>glimepiride 1 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glimepiride 2 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glimepiride 4 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glipizide 10 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glipizide 2.5 mg tablet</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>glipizide 5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glipizide er 10 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 152

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>glipizide er 2.5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glipizide er 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glipizide xl 10 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glipizide xl 2.5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glipizide xl 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glipizide-metformin -2.5-250 mg</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glipizide-metformin -2.5-500 mg, -5-500 mg</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
GLUCOTROL XL 10 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
GLUCOTROL XL 2.5 MG TABLET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
GLUCOTROL XL 5 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glyburide 1.25 mg tablet</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>glyburide 2.5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glyburide 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 153

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>glyburide micronized 1.5 mg tab</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glyburide micronized 3 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glyburide micronized 6 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glyburide-metformin hcl - 1.25-250 mg</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glyburide-metformin hcl - 2.5-500 mg, -5-500 mg</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
GLYXAMBI 10 MG-5 MG TABLET, 25 MG-5 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>isopropyl alcohol 0.7 ml/ml medicated pad</i>	1	
JANUMET 50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JANUVIA 100 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 154

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
JANUVIA 25 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
JANUVIA 50 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JARDIANCE 10 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JARDIANCE 25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
JENTADUETO 2.5 MG-1000 MG TAB, 2.5 MG-500 MG TAB, 2.5 MG-850 MG TAB	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TB	1	QL (30 PER 30 DAYS)
KOMBIGLYZE XR 2.5-1,000 MG TAB	1	QL (60 PER 30 DAYS)
KOMBIGLYZE XR 5-1,000 MG TAB, 5-500 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	1	QL (75 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl 500 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 155

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>metformin hcl 850 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl er 500 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl er 750 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
MOUNJARO 2.5 MG/0.5 ML PEN, 5 MG/0.5 ML PEN, 7.5 MG/0.5 ML PEN, 10 MG/0.5 ML PEN, 12.5 MG/0.5 ML PEN, 15 MG/0.5 ML PEN	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide 120 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>nateglinide 60 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ONGLYZA 2.5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ONGLYZA 5 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
OZEMPIC 0.25-0.5 MG/DOSE PEN, 1 MG/DOSE (2 MG/1.5ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 156

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>pioglitazone hcl 15 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>pioglitazone hcl 30 mg tablet, 45 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pioglitazone-glimepiride - 30-2, -30-4</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pioglitazone-metformin - 15-500, -15-850</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>repaglinide 0.5 mg tablet</i>	1	QL (960 PER 30 DAYS)
<i>repaglinide 1 mg tablet</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>repaglinide 2 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
RYBELSUS 3 MG TABLET, 7 MG TABLET, 14 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin hcl 2.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin hcl 5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin-metformin er - metformin er 5-500, - metformn er 5-1000</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 157

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>saxagliptin-metformin er saxagliptn-2.5-1000</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SOLIQUA 100-33 UNIT-MCG/ML PEN	1	QL (18 PER 30 DAYS)
SYMLINPEN 120 SYMLININJECTOR	1	
SYMLINPEN 60 SYMLININJECTOR	1	
SYNJARDY 5-1,000 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TABLET, 12.5-500 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY 5-500 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 5-MG TABLET, 10-MG TABLET, 12.5-MG TAB	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML PEN, 1.5 MG/0.5 ML PEN, 3 MG/0.5 ML PEN, 4.5 MG/0.5 ML PEN	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 158

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
VICTOZA 2-PAK -18 MG/3 ML PEN	1	PA, QL (9 PER 30 DAYS)
VICTOZA 3-PAK -18 MG/ML PEN	1	PA, QL (9 PER 30 DAYS)
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB, 10 MG-500 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB, 5 MG-1,000 MG TABLET, 5 MG-500 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Glycemic Agents

BAQSIMI 3 MG SPRAY, 3 MG SPRAY ONE PACK, 3 MG SPRAY TWO PACK	1	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>diazoxide 50 mg/ml oral susp</i>	1	
GLUCAGEN 1 MG HYPOKIT	1	QL (4 PER 30 DAYS)
GLUCAGON EMERGENCY KIT GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT, GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT, GLUCAGON 1 MG VIAL	1	QL (4 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 159

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
GVOKE 1 MG/0.2 ML KIT, 1 MG/0.2 ML VIAL	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK -PK MG/0.2 ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 1PK 0.5MG/0.1 ML	1	QL (0.4 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK -PK 1 MG/0.ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 2PK 0.5MG/0.1 ML	1	QL (0.4 PER 30 DAYS)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE -PK MG/0.2 ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 1PK 0.5MG/0.1 ML	1	QL (0.4 PER 30 DAYS)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE -PK 1 MG/0.ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 2PK 0.5MG/0.1 ML	1	QL (0.4 PER 30 DAYS)
PROGLYCEM 50 MG/ML ORAL SUSP	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 160

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Insulins		
HUMALOG 100 UNIT/ML CARTRIDGE, 100 UNIT/ML VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN JR 100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG KWIKPEN U-100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG KWIKPEN U-200 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 50-50 - VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 75-25 - VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG TEMPO PEN U-100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN 70-30 -VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 161

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
HUMULIN N 100 UIT/ML VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN N KWIKPEN 100 UIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN R 100 UNIT/ML VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN R U-500 UNIT/ML VIAL	1	PA
<i>inpen (for humalog) blue, grey, pink</i>	1	
<i>inpen (for novolog or fiasp) blue, grey, pink</i>	1	
<i>insulin pen needle</i>	1	
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i>	1	
<i>insulin syringe (disp) u-100 1 ml</i>	1	
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i>	1	
<i>insulin syringe u-500 bd - 1/2ml 6mmx31g</i>	1	
LANTUS 100 UNIT/ML VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 162

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV 100 UNIT/ML VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV KWIKPEN U-100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV KWIKPEN U-200 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV TEMPO PEN U-100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>needles, insulin disp., safety</i>	1	
<i>novopen echo insulin device</i>	1	
<i>omnipod 5 (g6/libre 2 plus)</i>	1	
<i>omnipod 5 dexg7g6 intro(gen 5)</i>	1	
<i>omnipod 5 dexg7g6 pods (gen 5)</i>	1	
<i>omnipod 5 g6-g7 intro kt(gen5)</i>	1	
<i>omnipod 5 g6-g7 pods (gen 5)</i>	1	
<i>omnipod 5 intro(g6/libre2plus)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 163

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>omnipod classic pdm kit(gen 3)</i>	1	
<i>omnipod classic pods (gen 3) pods(gen3) 5pk</i>	1	
<i>omnipod dash intro kit (gen 4)</i>	1	
<i>omnipod dash pdm kit (gen 4)</i>	1	
<i>omnipod dash pods (gen 4) 5pk</i>	1	
<i>omnipod go pods 10 unit/day, 15 unit/day, 20 unit/day, 25 unit/day, 30 unit/day, 35 unit/day, 40 unit/day</i>	1	
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOLOSTR 300 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>v-go 20 -disposable deice</i>	1	
<i>v-go 30 -disposable deice</i>	1	
<i>v-go 40 -disposable deice</i>	1	
<i>vgo 20 disposable device</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>vgo 30 disposable device</i>	1	
<i>vgo 40 disposable device</i>	1	

Blood Products and Modifiers

Anticoagulants

<i>dabigatran etexilate 110 mg cp</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dabigatran etexilate 75 mg cap, 150 mg cp</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG	1	QL (74 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 100 mg/ml syringe, 150 mg/ml syringe, 300 mg/3 ml vial</i>	1	QL (30 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3 ml syr</i>	1	QL (9 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4 ml syr</i>	1	QL (12 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6 ml syr</i>	1	QL (18 PER 90 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>enoxaparin sodium 80 mg/0.8 ml, 120 mg/0.8 ml</i>	1	QL (24 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8 ml syr</i>	1	QL (24 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5 ml syr</i>	1	QL (15 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4 ml syr</i>	1	QL (12 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6 ml syr</i>	1	QL (18 PER 90 OVER TIME)
<i>heparin sodium sod 1,000 unit/ml vial, 2,000 unit/2 ml vial, 5,000 unit/ml carpujet, sod 5,000 unit/0.5 ml, sod 5,000 unit/ml syrg, sod 5,000 unit/ml vial, 10,000 unit/10 ml vial, sod 10,000 unit/ml vl, sod 20,000 unit/ml vl, 30,000 unit/30 ml vial, 40,000 unit/4 ml vial, 50,000 unit/10 ml vial, 50,000 unit/5 ml vial</i>	1	
<i>heparin sodium-d5w 20,000 unit/500 ml</i>	1	
<i>jantoven 1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
LOVENOX 100 MG/ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/3 ML VIAL	1	QL (30 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SYRINGE	1	QL (9 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SYRINGE	1	QL (12 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SYRINGE	1	QL (18 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 80 MG/0.8 ML SYRINGE, 120 MG/0.8 ML SYRINGE	1	QL (24 PER 90 OVER TIME)
PRADAXA 110 MG CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
PRADAXA 75 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>warfarin sodium 1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION	1	QL (620 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
XARELTO 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TABLET, 15 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
XARELTO DVT-PE TREAT START 30D	1	QL (51 PER 30 DAYS)
ZONTIVITY 2.08 MG TABLET	1	
Blood Products and Modifiers, Other		
AGRYLIN 0.5 MG CAPSULE	1	
<i>anagrelide hcl 0.5 mg capsule, 1 mg capsule</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ARANESP 10 MCG/0.4 ML SYRINGE, 25 MCG/0.42 ML SYRING, 25 MCG/ML VIAL, 40 MCG/0.4 ML SYRINGE, 40 MCG/ML VIAL, 60 MCG/0.3 ML SYRINGE, 60 MCG/ML VIAL, 100 MCG/0.5 ML SYRINGE, 100 MCG/ML VIAL, 150 MCG/0.3 ML SYRINGE, 200 MCG/0.4 ML SYRINGE, 200 MCG/ML VIAL, 300 MCG/0.6 ML SYRINGE, 500 MCG/1 ML SYRINGE	1	PA
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	1	PA
GRANIX 300 MCG/0.5 ML SAFE SYR, 300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SAFE SYR, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE, 480 MCG/1.6 ML VIAL	1	PA
LEUKINE 250 MCG VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/12/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 169

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
MOZOBIL 24 MG/1.2 ML VIAL	1	
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SYRING, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYRING, 480 MCG/1.6 ML VIAL	1	PA
<i>plerixafor 24 mg/1.2 ml vial</i>	1	
PROCRIT 2,000 UNITS/ML VIAL, 3,000 UNITS/ML VIAL, 4,000 UNITS/ML VIAL, 10,000 UNITS/ML VIAL, 20,000 UNITS/ML VIAL, 40,000 UNITS/ML VIAL	1	PA
PROMACTA 12.5 MG SUSPEN PACKET, 12.5 MG TABLET, 25 MG SUSPENSION PCKT, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET	1	PA
RETACRIT 2,000 UNIT/ML VIAL, 3,000 UNIT/ML VIAL, 4,000 UNIT/ML VIAL, 10,000 UNIT/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNIT/ML VIAL, 40,000 UNIT/ML VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 170

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	1	PA
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML	1	PA
UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML	1	PA
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SYRINGE	1	PA
Hemostasis Agents		
CYKLOKAPRON MG/10 ML AMP, MG/10 ML VL	1	
<i>tranexamic acid 650 mg tablet, 1,000 mg/10 ml</i>	1	
Platelet Modifying Agents		
<i>aspirin-dipyridamole er - 25-200 mg</i>	1	
BRILINTA 60 MG TABLET, 90 MG TABLET	1	
CABLIVI 11 MG KIT, 11 MG VIAL	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 171

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>cilostazol 50 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	
<i>clopidogrel 75 mg tablet</i>	1	
<i>dipyridamole 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet</i>	1	
PLAVIX 75 MG TABLET	1	
<i>prasugrel hcl 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	

Cardiovascular Agents

Alpha-adrenergic Agonists

<i>clonidine 0.1 mg/day patch, 0.2 mg/day patch, 0.3 mg/day patch</i>	1	
<i>clonidine hcl 0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 mg tablet</i>	1	
<i>droxidopa 100 mg capsule, 200 mg capsule, 300 mg capsule</i>	1	PA
<i>guanfacine hcl 1 mg tablet, 2 mg tablet</i>	1	
<i>midodrine hcl 2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
NORTHERA 100 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE	1	PA
Alpha-adrenergic Blocking Agents		
CARDURA 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 8 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>doxazosin mesylate 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
MINIPRESS 1 MG CAPSULE, 2 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE	1	
<i>phenoxybenzamine hcl 10 mg cap</i>	1	
<i>prazosin hcl 1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule</i>	1	
<i>terazosin hcl 1 mg capsule</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>terazosin hcl 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 173

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Angiotensin II Receptor Antagonists		
ATACAND 32 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ATACAND 4 MG TABLET, 8 MG TABLET, 16 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
AVAPRO 75 MG TABLET, 150 MG TABLET, 300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
BENICAR 20 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
BENICAR 5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>candesartan cilexetil 32 mg tb</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>candesartan cilexetil 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tb</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
COZAAR 100 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
COZAAR 25 MG TABLET, 50 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 174

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
DIOVAN 320 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DIOVAN 40 MG TABLET, 80 MG TABLET, 160 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
EDARBI 40 MG TABLET, 80 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>irbesartan 75 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>losartan potassium 100 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>losartan potassium 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
MICARDIS 20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 80 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olmesartan medoxomil 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>telmisartan 20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 175

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>valsartan 320 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>valsartan 40 mg tablet, 80 mg tablet, 160 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors		
ACCUPRIL 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	
ALTACE 1.25 MG CAPSULE, 2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE	1	
<i>benazepril hcl 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet</i>	1	
<i>captopril 12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	
<i>enalapril maleate 2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	
<i>fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 176

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lisinopril 2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet, 40 mg tablet</i>	1	
LOTENSIN 10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	
<i>moexipril hcl 7.5 mg tablet, 15 mg tablet</i>	1	
<i>perindopril erbumine 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	1	
<i>quinapril hcl 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet</i>	1	
<i>ramipril 1.25 mg capsule, 2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule</i>	1	
<i>trandolapril 1 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet</i>	1	
VASOTEC 2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 177

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ZESTRIL 2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 30 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	
Antiarrhythmics		
<i>amiodarone hcl 100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet</i>	1	
<i>dofetilide 125 mcg capsule, 250 mcg capsule, 500 mcg capsule</i>	1	
<i>flecainide acetate 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab</i>	1	
<i>lidocaine hcl 1% abboject, 1% syringe</i>	1	
<i>mexiletine hcl 150 mg capsule, 200 mg capsule, 250 mg capsule</i>	1	
MULTAQ 400 MG TABLET	1	
PACERONE PACERONE 100 MG TABLET, PACERONE 400 MG TABLET,	1	

— Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 178

PACERONE 200 MG
TABLET

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>propafenone hcl 150 mg tablet, 225 mg tab, 300 mg tab</i>	1	
<i>propafenone hcl er er 225 mg cap, er 325 mg cap, er 425 mg cap</i>	1	
<i>quinidine gluconate er 324 mg tab</i>	1	
<i>quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab</i>	1	
RYTHMOL SR SR 225 MG CAPSULE, SR 325 MG CAPSULE, SR 425 MG CAPSULE	1	
<i>sorine 80 mg tablet, 120 mg tablet, 160 mg tablet, 240 mg tablet</i>	1	
<i>sotalol 80 mg tablet, 120 mg tablet, 160 mg tablet, 240 mg tablet</i>	1	
<i>sotalol af 80 mg tablet, 120 mg tablet, 160 mg tablet</i>	1	
TIKOSYN 125 MCG CAPSULE, 250 MCG CAPSULE, 500 MCG CAPSULE	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/12/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 179

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Beta-adrenergic Blocking Agents		
<i>acebutolol hcl 200 mg capsule, 400 mg capsule</i>	1	
<i>atenolol 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	
<i>betaxolol hcl 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	
BYSTOLIC 2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	
<i>carvedilol 3.125 mg tablet, 6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet</i>	1	
<i>carvedilol er er 10 mg capsule, er 20 mg capsule, er 40 mg capsule, er 80 mg capsule</i>	1	
COREG CR CR 10 MG CAPSULE, CR 20 MG CAPSULE, CR 40 MG CAPSULE, CR 80 MG CAPSULE	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 180

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CORGARD 20 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	
INDERAL LA 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE, 120 MG CAPSULE, 160 MG CAPSULE	1	
INDERAL XL 80 MG CAPSULE, 120 MG CAPSULE	1	
INNOPRAN XL 80 MG CAPSULE, 120 MG CAPSULE	1	
<i>labetalol hcl 100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet</i>	1	
LOPRESSOR 50 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	
<i>metoprolol succinate er 25 mg tab, er 50 mg tab, er 100 mg tab, er 200 mg tab</i>	1	
<i>metoprolol tartrate 25 mg tab, 37.5 mg tb, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 181

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>nadolol 20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet</i>	1	
<i>nebivolol hcl 2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	
<i>pindolol 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	
<i>propranolol hcl 1 mg/ml vial, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 20 mg/5 ml soln, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml soln, 60 mg tablet, 80 mg tablet</i>	1	
<i>propranolol hcl er er 60 mg capsule, er 80 mg capsule, er 120 mg capsule, er 160 mg capsule</i>	1	
TENORMIN 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	
<i>timolol maleate 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	
TOPROL XL 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
<i>amlodipine besylate 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	
<i>felodipine er er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet, er 10 mg tablet</i>	1	
<i>isradipine 2.5 mg capsule, 5 mg capsule</i>	1	
<i>nicardipine hcl 20 mg capsule, 30 mg capsule</i>	1	
<i>nifedipine er er 30 mg tablet, er 60 mg tablet, er 90 mg tablet</i>	1	
<i>nimodipine 30 mg capsule</i>	1	
<i>nisoldipine er 8.5 mg tablet, er 17 mg tablet, er 25.5 mg tablet, er 34 mg tablet</i>	1	
NORVASC 2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	
PROCARDIA XL 30 MG TABLET, 60 MG TABLET, 90 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/12/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 183

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SULAR ER 8.5 MG TABLET, ER 17 MG TABLET, ER 34 MG TABLET	1	
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
CARDIZEM 30 MG TABLET, 60 MG TABLET, 120 MG TABLET	1	
CARDIZEM CD 120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE, 360 MG CAPSULE	1	
CARDIZEM LA 120 MG TABLET, 180 MG TABLET, 240 MG TABLET, 300 MG TABLET, 360 MG TABLET, 420 MG TABLET	1	
<i>cartia xt 120 mg capsule, 180 mg capsule, 240 mg capsule, 300 mg capsule</i>	1	
<i>dilt-xr 120 mg capsule, 180 mg capsule, 240 mg capsule</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 184

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>diltiazem 12hr er er 60 mg cap, er 90 mg cap, er 120 mg cap</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er (cd) er(cd) 120 mg, er(cd) 180 mg, er(cd) 240 mg, er(cd) 300 mg, er(cd) 360 mg</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er (la) er(la) 120 mg, er(la) 180 mg, er(la) 240 mg, er(la) 300 mg, er(la) 360 mg, er(la) 420 mg</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er (xr) er(xr) 120 mg, er(xr) 180 mg, er(xr) 240 mg</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er er 120 mg cap, er 180 mg cap, er 240 mg cap, er 300 mg cap, er 360 mg cap, er 420 mg cap</i>	1	
<i>diltiazem hcl 30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet, 120 mg tablet</i>	1	
<i>matzim la 180 mg tablet, 240 mg tablet, 300 mg tablet, 360 mg tablet, 420 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 185

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>taztia xt 120 mg capsule, 180 mg capsule, 240 mg capsule, 300 mg capsule, 360 mg capsule</i>	1	
<i>tiadylt er er 120 mg capsule, er 180 mg capsule, er 240 mg capsule, er 300 mg capsule, er 360 mg capsule, er 420 mg capsule</i>	1	
TIAZAC ER 120 MG CAPSULE, ER 180 MG CAPSULE, ER 240 MG CAPSULE, ER 300 MG CAPSULE, ER 360 MG CAPSULE, ER 420 MG CAPSULE	1	
<i>verapamil er er 120 mg capsule, er 120 mg tablet, er 180 mg capsule, er 180 mg tablet, er 240 mg capsule, er 240 mg tablet</i>	1	
<i>verapamil er pm er 100 mg capsule, er 200 mg capsule, er 300 mg capsule</i>	1	
<i>verapamil hcl 40 mg tablet, 80 mg tablet, 120 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 186

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>verapamil sr 120 mg capsule, 180 mg capsule, 240 mg capsule, 360 mg capsule</i>	1	
VERELAN 120 MG CAP PELLETT, 180 MG CAP PELLETT, 240 MG CAP PELLETT, 360 MG CAP PELLETT	1	
VERELAN PM 100 MG CAP PELLETT, 200 MG CAP PELLETT, 300 MG CAP PELLETT	1	
Cardiovascular Agents, Other		
ACCURETIC 10-12.5 MG TABLETT, 20-12.5 MG TABLETT	1	
<i>acetazolamide 125 mg tablet, 250 mg tablet</i>	1	
<i>acetazolamide er 500 mg cap</i>	1	
ALDACTAZIDE 25-25 TABLETT	1	
<i>aliskiren 150 mg tablet, 300 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 187

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>amiloride-hydrochlorothiazide hcl-hctz 5-50 mg tab</i>	1	
<i>amlodipine besylate-benazepril -2.5-10, -5-10 mg, -5-20 mg, -5-40 mg, -10-20 mg, -10-40 mg</i>	1	
<i>amlodipine-atorvastatin -2.5-40 mg, -5-10 mg, -5-20 mg, -5-40 mg, -5-80 mg, -10-10 mg, -10-20 mg, -10-40 mg, -10-80 mg, -2.5-10 mg, -2.5-20 mg</i>	1	
<i>amlodipine-olmesartan -5-20 mg, -5-40 mg, -10-20 mg, -10-40 mg</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>amlodipine-valsartan -5-160 mg, -5-320 mg, -10-160 mg, -10-320 mg</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>amlodipine-valsartan-hctz -5-160-12.5 mg, --5-160-25 mg, --10-160-12.5mg, --10-160-25 mg, --10-320-25 mg</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ATACAND HCT 16-12.5 MG TAB, 32-12.5 MG TAB, 32-25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 188

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>atenolol-chlorthalidone -50-25, -100-25</i>	1	
AVALIDE 150-12.5 MG TABLET, 300-12.5 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
AZOR 5-20 MG TABLET, 5-40 MG TABLET, 10-20 MG TABLET, 10-40 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide -5-6.25 mg tab, -10-12.5 mg tab, -20-12.5 mg tab, -20-25 mg tab</i>	1	
BENICAR HCT 20-12.5 MG TABLET, 40-12.5 MG TABLET, 40-25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide -10-6.25 mg tab, -2.5-6.25 mg tb, -5-6.25 mg tab</i>	1	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid -16-12.5 mg tb, -32-12.5 mg tb, -32-25 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 189

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
CORLANOR 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLN	1	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
DEMSER 250 MG CAPSULE	1	
<i>digitek 125 mcg tablet, 250 mcg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>digox 125 mcg tablet, 250 mcg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>digoxin 0.05 mg/ml solution</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>digoxin 0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 62.5 mcg tablet, 125 mcg tablet, 250 mcg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DIOVAN HCT 80-12.5 MG TABLET, 160-12.5 MG TAB, 160-25 MG TABLET, 320-12.5 MG TAB, 320-25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDARBYCLOR 40-12.5 MG TABLET, 40-25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 190

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>enalapril-hydrochlorothiazide -5-12.5 mg tab, -10-25 mg tablet</i>	1	
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET, 97 MG-103 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ENTRESTO SPRINKLE 6-6MG PELLET, 15-16 MG PLT	1	QL (240 PER 30 DAYS)
EXFORGE 5-160 MG TABLET, 5-320 MG TABLET, 10-160 MG TABLET, 10-320 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EXFORGE HCT 5-160-12.5 MG TAB, 5-160-25 MG TAB, 10-160-12.5 MG TAB, 10-160-25 MG TAB, 10-320-25 MG TAB	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide -10-12.5 mg tab, -20-12.5 mg tab</i>	1	
HYZAAR 50-12.5 TABLET, 100-12.5 TABLET, 100-25 TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 191

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide -150-12.5 mg, -300-12.5 mg</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ivabradine hcl 5 mg tablet, 7.5 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LANOXIN 62.5 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 250 MCG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide -10-12.5 mg tab, -20-12.5 mg tab, -20-25 mg tab</i>	1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide -50-12.5 mg tab, -100-12.5 mg tab, -100-25 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
LOTENSIN HCT 10-12.5 MG TABLET, 20-12.5 MG TABLET, 20-25 MG TABLET	1	
MAXZIDE 75 MG-50 MG TABLET	1	
MAXZIDE-25 MG 37.5 - TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 192

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>methazolamide 25 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide -50-25 mg tab, -100-25 mg tab, -100-50 mg tab</i>	1	
<i>metyrosine 250 mg capsule</i>	1	
MICARDIS HCT 40-12.5 MG TABLET, 80-25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
MICARDIS HCT 80-12.5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz --20-5-12.5, --40-10-12.5, --40-10-25mg, --40-5-12.5, --40-5-25 mg</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide -20-12.5 mg tab, -40-12.5 mg tab, -40-25 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide -10-12.5 mg tab, -20-12.5 mg tab, -20-25 mg tab</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 193

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ranolazine er er 500 mg tablet, er 1,000 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>spironolactone-hctz -25-25 tab</i>	1	
TEKTURNA 150 MG TABLET, 300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>telmisartan-amlodipine -40- 10, -40-5 mg, -80-10, -80-5 mg</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>telmisartan- hydrochlorothiazid -40-12.5 mg tb, -80-25 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>telmisartan- hydrochlorothiazid -hctz 80-12.5 mg tb</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TENORETIC 100 TABLET	1	
TENORETIC 50 TABLET	1	
<i>trandolapril-verapamil er - er 1-240 mg, -er 2-180 mg, -er 2-240 mg, -er 4-240 mg</i>	1	
<i>triamterene- hydrochlorothiazid -37.5-25 mg cp, -37.5-25 mg tb, -75- 50 mg tab</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/12/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 194

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TRIBENZOR 20-5-12.5 MG TABLET, 40-10-12.5 MG TABLET, 40-10-25 MG TABLET, 40-5-12.5 MG TABLET, 40-5-25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide -80-12.5 mg tab, -160-12.5 mg tab, -160-25 mg tab, -320-12.5 mg tab, -320-25 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VASERETIC 10-25 MG TABLET	1	
VERQUVO 2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZESTORETIC 10-12.5 MG TABLET, 20-12.5 MG TABLET, 20-25 MG TABLET	1	
ZIAC 2.5-6.25 MG TABLET, 5-6.25 MG TABLET, 10-6.25 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 195

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Diuretics, Loop		
<i>bumetanide 0.25 mg/ml vial, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/4 ml vial, 2 mg tablet, 2.5 mg/10 ml vial</i>	1	
<i>furosemide 10 mg/ml solution, 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml soln, 80 mg tablet, 100 mg/10 ml syring, 100 mg/10 ml vial, 500 mg/50 ml vial, 1,000 mg/100 ml vl</i>	1	
LASIX 20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 80 MG TABLET	1	
<i>torseamide 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	
Diuretics, Potassium-sparing		
ALDACTONE 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	
<i>amiloride hcl 5 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 196

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>eplerenone 25 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	
INSPRA 25 MG TABLET, 50 MG TABLET	1	
KERENDIA 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>spironolactone 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	
Diuretics, Thiazide		
<i>chlorthalidone 25 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide 12.5 mg cp, 12.5 mg tb, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	
<i>indapamide 1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet</i>	1	
<i>metolazone 2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
<i>fenofibrate 43 mg capsule, 48 mg tablet, 54 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 197

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>fenofibrate 67 mg capsule, 130 mg capsule, 134 mg capsule, 145 mg tablet, 160 mg tablet, 200 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fenofibric acid dr 135 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fenofibric acid dr 45 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>gemfibrozil 600 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LOPID 600 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors

<i>atorvastatin calcium 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>atorvastatin calcium 80 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CRESTOR 40 MG TABLET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
CRESTOR 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	ST, QL (45 PER 30 DAYS)
<i>fluvastatin sodium 20 mg cap, 40 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LIPITOR 10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	ST, QL (45 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 198

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
LIPITOR 80 MG TABLET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lovastatin 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>pravastatin sodium 80 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rosuvastatin calcium 40 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rosuvastatin calcium 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>simvastatin 20 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>simvastatin 5 mg tablet, 10 mg tablet, 40 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>simvastatin 80 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZOCOR 10 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	ST, QL (45 PER 30 DAYS)
ZOCOR 20 MG TABLET	1	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
Dyslipidemics, Other		
<i>cholestyramine light packet, powder</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 199

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>cholestyramine packet, powder</i>	1	
COLESTID 1 GM TABLET, FLAVORED GRANULES, GRANULES, GRANULES PACKET	1	
<i>colestipol hcl 1 gm tablet, granules, granules packet</i>	1	
<i>ezetimibe 10 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ezetimibe-simvastatin -10-10 mg, -10-20 mg, -10-40 mg, -10-80 mg</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>icosapent ethyl 0.5 gm capsule, 500 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>icosapent ethyl 1 gram capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
JUXTAPID 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE	1	PA
LOVAZA 1 GM CAPSULE	1	
<i>niacin er 500 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 200

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>niacin er er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>omega-3 acid ethyl esters -1 gm cap</i>	1	
<i>prevalite packet, powder</i>	1	
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5ML PUSHTRONX	1	PA, QL (7 PER 28 DAYS)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>triklo 1 gm capsule</i>	1	
VASCEPA 0.5 GM CAPSULE	1	QL (240 PER 30 DAYS)
VASCEPA 1 GM CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
VYTORIN 10-10 MG TABLET, 10-20 MG TABLET, 10-40 MG TABLET, 10-80 MG TABLET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
ZETIA 10 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 201

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Vasodilators, Direct-acting Arterial

<i>hydralazine hcl 10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	
<i>minoxidil 2.5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	

Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous

ISORDIL TITRADOSE 5 MG TAB	1	
<i>isosorbide dinitrate 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate er er 30 mg tb, er 60 mg tb, er 120 mg</i>	1	
NITRO-BID -2% OINTMENT	1	
<i>nitroglycerin 0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, 0.4% ointment, 0.6 mg tablet sl, 400 mcg spray</i>	1	
<i>nitroglycerin patch 0.1 mg/hr patch, 0.2 mg/hr patch, 0.4 mg/hr patch, 0.6 mg/hr patch</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
NITROLINGUAL 400 MCG SPRAY	1	
NITROSTAT 0.3 MG TABLET, 0.4 MG TABLET, 0.6 MG TABLET	1	
RECTIV 0.4% OINTMENT	1	

Central Nervous System Agents

Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines

ADDERALL XR 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 15 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DEXEDRINE 10 MG, 15 MG	1	QL (120 PER 30 DAYS)
DEXEDRINE SPANSULE 5 MG	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 10 mg tab</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 203

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>dextroamphetamine sulfate 5 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er er 10 mg cap, er 15 mg cap</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine-amphet er -er 5 mg cap, -er 10 mg cap, -er 15 mg cap, -er 20 mg cap, -er 25 mg cap, -er 30 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine-amphetamine -20 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine-amphetamine -amphetamine 7.5 mg tab, -amphetamine 12.5 mg tab, -amphetamine 10 mg tab, -amphetamine 15 mg tab, -amphetamine 30 mg tab, -amphetamine 5 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lisdexamfetamine dimesylate 10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule, 50 mg capsule, 60 mg capsule, 70 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 204

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
VYVANSE 10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE, 70 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zenzedi 10 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>zenzedi 5 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
<i>atomoxetine hcl 10 mg capsule, 18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FOCALIN 2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 205

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>guanfacine hcl er er 1 mg tablet, er 2 mg tablet, er 3 mg tablet, er 4 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate er 20 mg tab</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg/5 ml sol</i>	1	PA, QL (900 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg/5 ml soln</i>	1	PA, QL (450 PER 30 DAYS)
RITALIN 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
STRATTERA 10 MG CAPSULE, 18 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
STRATTERA 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 206

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Central Nervous System, Other		
AUSTEDO 6 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO 9 MG TABLET, 12 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET, 18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET, 42 MG TABLET, 48 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) KT(6-12-24 MG)	1	PA, QL (42 PER 28 DAYS)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) TITR(12-18-24-30MG)	1	PA, QL (28 PER 28 DAYS)
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 207

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>riluzole 50 mg tablet</i>	1	
<i>tetrabenazine 12.5 mg tablet</i>	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XENAZINE 12.5 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
XENAZINE 25 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
Multiple Sclerosis Agents		
AMPYRA ER 10 MG TABLET	1	PA
AVONEX 30 MCG/0.5 ML SYRINGE, PREFILLED SYR 30 MCG KT	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML KIT	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
BETASERON 0.3 MG KIT, 0.3 MG VIAL	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 208

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>dalfampridine er 10 mg tablet</i>	1	PA
<i>dimethyl fumarate 30d start pk, dr 120 mg cp, dr 240 mg cp</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fingolimod 0.5 mg capsule</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GILENYA 0.5 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML	1	PA, QL (1.6 PER 28 DAYS)
MAYZENT 0.25 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
MAYZENT 0.25MG START-1MG MAINT	1	PA, QL (7 PER 28 DAYS)
MAYZENT 0.25MG START-2MG MAINT	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 209

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
MAYZENT 1 MG TABLET, 2 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SYRING, SYRINGE STARTER PACK	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
PLEGRIDY PEN 125 MCG/0.5 ML PEN, PEN INJ STARTER PACK	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
TECFIDERA DR 120 MG CAPSULE, DR 240 MG CAPSULE, STARTER PACK	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TYSABRI 300 MG/15 ML VIAL	1	PA
VUMERITY DR 231 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Dental and Oral Agents

<i>cevimeline hcl 30 mg capsule</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate 0.12% 15 ml cup, 0.12% rinse</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
KEPIVANCE 5.16 MG VIAL, 6.25 MG VIAL	1	
<i>kourzeq 0.1% dental paste</i>	1	
<i>oralone 0.1% paste</i>	1	
<i>periogard 0.12% oral rinse</i>	1	
<i>pilocarpine hcl 5 mg tablet, 7.5 mg tablet</i>	1	
SALAGEN 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET	1	
<i>triamcinolone acetonide 0.1% paste</i>	1	

Dermatological Agents

Acne and Rosacea Agents

<i>acutane 10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule</i>	1	
<i>acitretin 10 mg capsule, 17.5 mg capsule, 25 mg capsule</i>	1	
<i>amnesteem 10 mg capsule, 20 mg capsule, 40 mg capsule</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
AVITA 0.025% CREAM, 0.025% GEL	1	PA
<i>azelaic acid 15% gel</i>	1	
AZELEX 20% CREAM	1	
BENZAMYCIN GEL	1	
<i>claravis 10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule</i>	1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide -benzoyl 1-5%, -bnz 1-5% pmp</i>	1	
<i>doxycycline ir-dr -40 mg cap</i>	1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide -gel</i>	1	
FINACEA 15% FOAM, 15% GEL	1	
<i>isotretinoin 10 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule, 30 mg capsule, 35 mg capsule, 40 mg capsule</i>	1	
KLARON 10% LOTION	1	
<i>myorisan 10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 212

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ORACEA 40 MG CAPSULE	1	
RETIN-A -0.01% GEL, -0.025% CREM, -0.025% GEL, -0.05% CREM, -0.1% CREM	1	PA
<i>sulfacetamide sodium sod 10% top susp, sodium 10% lotn</i>	1	
<i>tazarotene 0.05% cream, 0.05% gel, 0.1% cream, 0.1% gel</i>	1	PA
TAZORAC 0.05% CREAM, 0.05% GEL, 0.1% GEL	1	PA
<i>tretinoin 0.01% gel, 0.025% cream, 0.025% gel, 0.05% cream, 0.1% cream</i>	1	PA
<i>zenatane 10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule</i>	1	
Dermatitis and Pruitus Agents		
ALA-CORT -1% CREAM	1	
<i>ala-cort -2.5% cream</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 213

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>alclometasone dipropionate dipr 0.05% oint, dipro 0.05% crm</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ammonium lactate 12% cream, 12% lotion</i>	1	
<i>betamethasone diprop augmented 0.05% crm, 0.05% gel, 0.05% oin</i>	1	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>betamethasone diprop augmented dp 0.05% lot</i>	1	QL (210 PER 30 DAYS)
<i>betamethasone dipropionate 0.05% crm, 0.05% oint</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
<i>betamethasone dipropionate dp 0.05% lot</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>betamethasone valerate 0.1% lotion</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>betamethasone valerate va 0.1% cream, valer 0.1% ointm</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
<i>clobetasol emollient 0.05% crm</i>	1	QL (210 PER 28 DAYS)
<i>clobetasol propionate 0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment</i>	1	QL (210 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>clobetasol propionate 0.05% shampoo</i>	1	QL (236 PER 30 DAYS)
<i>clobetasol propionate 0.05% solution, prop 0.05% foam</i>	1	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>clodan 0.05% shampoo</i>	1	QL (236 PER 30 DAYS)
<i>desonide 0.05% cream, 0.05% ointment</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>desonide 0.05% lotion</i>	1	QL (118 PER 30 DAYS)
<i>desoximetasone 0.05% cream, 0.05% gel, 0.25% cream, 0.25% ointment</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
DIPROLENE 0.05% OINTMENT	1	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>doxepin hcl 5% cream</i>	1	PA
ELIDEL 1% CREAM	1	PA
<i>fluocinolone acetonide 0.01% body, 0.01% scalp</i>	1	QL (118.28 PER 30 DAYS)
<i>fluocinolone acetonide 0.01% cream, 0.01% solution, 0.025% cream, 0.025% ointment</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 215

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>fluocinonide 0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluocinonide-e -0.05% cram</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 0.005% oint, 0.05% cream</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>halobetasol propionate 0.05% cream, 0.05% ointmnt</i>	1	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>hydrocortisone 1% cream, 1% ointment</i>	1	
<i>hydrocortisone 2.5% lotion</i>	1	QL (118 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone 2.5% ointment</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone butyrate 0.1% soln</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone butyrate hydrocort buty 0.1% lipid crm, hydrocort buty 0.1% lipo cream, hydrocortisone buty 0.1% cream, hydrocortisone butyr 0.1% oint</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 216

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>hydrocortisone valerate 0.2% cream, 0.2% ointmt</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
LOCOID LIPOCREAM 0.1%	1	QL (135 PER 30 DAYS)
<i>mometasone furoate 0.1% cream, 0.1% oint</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>pimecrolimus 1% cream</i>	1	PA
<i>prednicarbate 0.1% ointment</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
PRUDOXIN 5% CREAM	1	PA
<i>selenium sulfide 2.5% lotion</i>	1	
<i>tacrolimus 0.03%, 0.1%</i>	1	PA
<i>triamcinolone acetonide 0.025% cream, 0.025% oint, 0.1% cream, 0.1% ointment, 0.5% cream</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>triamcinolone acetonide 0.025% lotion, 0.1% lotion, 0.5% ointment</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>triderm 0.1%, 0.5%</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
ZONALON 5% CREAM	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 217

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Dermatological Agents, Other		
<i>calcipotriene 0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>calcitrene 0.005% ointment</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clotrimazole- betamethasone -crm, -lot</i>	1	
<i>diclofenac sodium 3% gel</i>	1	PA
EFUDEX 5% CREAM	1	
<i>fluorouracil 0.5% cream, 2% topical soln, 5% cream, 5% topical soln</i>	1	
<i>imiquimod 5% cream packet</i>	1	PA
<i>methoxsalen 10 mg capsule, 10 mg softgel</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone - cream, -ointm</i>	1	
OTEZLA 10-20 MG STARTER 28 DAY, 20 MG TABLET	1	Otezla PA
OTEZLA 10-20-30MG START 28 DAY, 30 MG TABLET	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 218

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	1	
REGRANEX 0.01% GEL	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
SANTYL OINTMENT	1	QL (180 PER 30 DAYS)
SILVADENE 1% CREAM	1	
<i>silver sulfadiazine 1% cream</i>	1	
SSD 1% CREAM	1	
Pediculicides/Scabicides		
<i>ivermectin 1% cream</i>	1	PA
<i>lindane 1% shampoo</i>	1	
<i>malathion 0.5% lotion</i>	1	
OVIDE 0.5% LOTION	1	
<i>permethrin 5% cream</i>	1	
SOOLANTRA 1% CREAM	1	PA
Topical Anti-infectives		
<i>gentamicin sulfate 0.1% cream, 0.1% ointment</i>	1	
METROCREAM METRO0.75%	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 219

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
METROGEL 1% GEL, 1% PUMP	1	
METROLOTION TOPICAL 0.75%	1	
<i>metronidazole 0.75% cream, 0.75% lotion, top 1% gel pump, topical 0.75% gl, topical 1% gel</i>	1	
<i>mupirocin 2% cream, 2% ointment</i>	1	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>rosadan 0.75% cream, 0.75% gel</i>	1	

Electrolytes/Minerals/ Metals/ Vitamins

Electrolyte/Mineral Replacement

<i>aqua care sodium chloride 0.9% nacl irrigation</i>	1	
CARBAGLU 200 MG TAB FOR SUSP	1	PA
<i>carglumic acid 200 mg tab susp</i>	1	PA
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl - iv</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.2% nacl -iv soln</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 220

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>dextrose 5%-0.225% nacl - 0.22iv sol</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.3% nacl -iv soln</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.33% nacl -iv soln</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.45% nacl - 0.4iv soln</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.9% nacl -iv soln</i>	1	
<i>dextrose in lactated ringers 5%-lr iv solution</i>	1	
<i>kcl-d5w-0.2% nacl 10 meq/500 ml--0.2%nacl, 20 meq/l--0.2% nacl</i>	1	
<i>kcl-d5w-0.225% nacl 10meq/500ml--0.225%nacl, 20 meq/l--0.225% nacl</i>	1	
<i>kcl-d5w-0.45% nacl 10 meq/500ml--0.45%nacl, 10 meq/l--0.45% nacl, 20 meq/l--0.45% nacl, 30 meq/l--0.45% nacl, 40 meq/l--0.45% nacl</i>	1	
KLOR-CON 10 -MEQ TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 221

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
KLOR-CON 8 -MEQ TABLET	1	
<i>klor-con m10 -tablet</i>	1	
KLOR-CON M15 - TABLET	1	
<i>klor-con m20 -tablet</i>	1	
<i>lactated ringers 1,000 ml, injection</i>	1	
<i>magnesium sulfate 50% 1 g/2 ml, 50% 10g/20ml, 50% 25g/50ml, 50% 5 g/10ml, 50% syringe</i>	1	
<i>potassium chloride cl10%(20meq/15ml) cup, cl10%(40meq/30ml) cup, cl20%(40meq/15ml) cup, cl 2 meq/ml conc, cl 10 meq/5 ml conc, cl 10% (20 meq/15ml), cl 10% (40 meq/30ml), cl 20 meq/10 ml conc, cl 20% (40 meq/15ml), cl 40 meq/20 ml conc, cl 60 meq/30 ml conc, cl er 8 meq capsule, cl er 8 meq tablet, cl er 10 meq capsule, cl er 10 meq tablet, cl er 15 meq tablet, cl er 20 meq tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 222

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>potassium chloride in d5lr kcl 20 meqd5w-lact ringer</i>	1	
<i>potassium chloride proamp cl 20 meq/10 ml conc</i>	1	
<i>potassium chloride-0.45% nacl 20 meq-na</i>	1	
<i>potassium chloride- dextrose 5% kcl 20 meq/l in d5w solution</i>	1	
<i>potassium citrate er er 5 tab, er 10 tb, er 15 tb</i>	1	
<i>sodium chloride saline 0.45% soln-excel con, sodium chloride 0.45% soln, sodium chloride 0.9% 100 ml, sodium chloride 0.9% 1,000 ml, sodium chloride 0.9% 250 ml, sodium chloride 0.9% 50 ml, sodium chloride 0.9% 500 ml, sodium chloride 0.9% ampule, sodium chloride 0.9% irrig, sodium chloride 0.9% irrig., sodium chloride 0.9% prcss sol, sodium chloride 0.9% sol-excel, sodium chloride 0.9% soln, sodium chloride 0.9% solution, sodium chloride 0.9% vial</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 223

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>sodium chloride-water 0.9%</i>	1	
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
CHEMET 100 MG CAPSULE	1	
<i>deferasirox 90 mg granule pkt, 90 mg tablet, 125 mg tb for susp, 180 mg granule pkt, 180 mg tablet, 250 mg tb for susp, 360 mg granule pkt, 360 mg tablet, 500 mg tb for susp</i>	1	PA
EXJADE 125 MG TABLET, 250 MG TABLET, 500 MG TABLET	1	PA
JADENU 90 MG TABLET, 180 MG TABLET, 360 MG TABLET	1	PA
JADENU SPRINKLE 90 MG GRANULE, 180 MG GRANULE, 360 MG GRANULE	1	PA
SAMSCA 15 MG TABLET, 30 MG TABLET	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 224

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SYPRINE 250 MG CAPSULE	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tolvaptan 15 mg tablet, 30 mg tablet</i>	1	PA
<i>trientine hcl 250 mg capsule</i>	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>dextrose in water 5%-100 ml, 5%-1,000 ml, 5%-250 ml, 5%-50 ml, 5%-iv soln, 10%-iv solution</i>	1	
<i>fomepizole 1.5 gm/1.5 ml vial</i>	1	
<i>glucose in water 5%-100 ml, 5%-50 ml</i>	1	
INTRALIPID 20% IV FAT EMUL	1	PA
NUTRILIPID 20% IV FAT EMULSION	1	PA
TRAVASOL 10% SOLN VIAFLEX	1	PA
TROPHAMINE 10% IV SOLUTION	1	PA
<i>water sterile for irrigation</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 225

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Phosphate Binders		
AURYXIA 210 MG TABLET	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
<i>calcium acetate 667 mg capsule, 667 mg gelcap, 667 mg tablet</i>	1	
FOSRENOL 500 MG TABLET CHEW	1	QL (90 PER 30 DAYS)
FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET, 750 MG TABLET CHEW	1	QL (180 PER 30 DAYS)
FOSRENOL MG POWDER PACK, MG TABLET CHEW	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>lanthanum carbonate 1,000 mg tb chw</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>lanthanum carbonate 500 mg tab chew</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lanthanum carbonate 750 mg tab chew</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
RENVELA 0.8 GM POWDER PACKET	1	QL (270 PER 30 DAYS)
RENVELA 2.4 GM POWDER PACKET	1	QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 226

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
REVELA 800 MG TABLET	1	
<i>sevelamer carbonate 0.8 gm powder packet</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)
<i>sevelamer carbonate 2.4 gm powder packet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	1	
VELPHORO 500 MG CHEWABLE TAB	1	QL (180 PER 30 DAYS)
Potassium Binders		
<i>kionex 15 gm/60 ml suspension</i>	1	
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	1	
SPS 15 GM/60 ML SUSPENSION, 30 GM/120 ML ENEMA SUSP	1	
VELTASSA 8.4 GM POWDER PACKET, 16.8 GM POWDER PACKET, 25.2 GM POWDER PACKET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 227

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Gastrointestinal Agents

Anti-Constipation Agents

<i>constulose 10 gm/15 ml soln</i>	1	
<i>enulose 10 gm/15 ml solution</i>	1	
<i>generlac 10 gm/15 ml solution</i>	1	
<i>lactulose 10 gm/15 ml soln cup, 10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml soln cup, 20 gm/30 ml solution</i>	1	
LINZESS 72 MCG CAPSULE, 145 MCG CAPSULE, 290 MCG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lubiprostone 24 mcg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lubiprostone 8 mcg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
MOVANTIK 12.5 MG TABLET, 25 MG TABLET	1	
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML VIAL, 150 MG TABLET	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 228

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Anti-Diarrheal Agents		
<i>alose tron hcl 0.5 mg tablet, 1 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>diphenoxylate-atropine - 2.5-0.025</i>	1	PA
<i>loperamide 2 mg capsule</i>	1	
LOTRONEX 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VIBERZI 75 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
XERMELO 250 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Antispasmodics, Gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl 10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet</i>	1	PA
<i>glycopyrrolate 1 mg tablet, 2 mg tablet</i>	1	
<i>methscopolamine bromide 2.5 mg tb, 5 mg tab</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 229

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Gastrointestinal Agents, Other		
<i>bismuth-metronidazole-tetracyc --140-125-125</i>	1	
CHENODAL 250 MG TABLET	1	PA
GATTEX 5 MG 30-VIAL KIT, 5 MG ONE-VIAL KIT, 5 MG VIAL	1	PA
<i>gavilyte-c -solution</i>	1	
<i>gavilyte-g -solution</i>	1	
<i>gavilyte-n -solutio</i>	1	
GOLYTELY SOLUTION	1	
<i>metoclopramide hcl 5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml cup, 10 mg/10 ml sol, 10 mg/2 ml syr, 10 mg/2 ml vial</i>	1	
MOVIPREP POWDER PACKET	1	
MYALEPT 11.3 MG (5 MG/ML) VIAL	1	PA
NULYTELY SOLUTION	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 230

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
OCALIVA 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>peg 3350-electrolyte - solution</i>	1	
<i>peg-3350 and electrolytes - soln</i>	1	
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c 100-7.5-2.691-1.01-5.9</i>	1	
PYLERA CAPSULE	1	
REGLAN 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	
<i>sod sulf-potass sulf-mag sulf--sol</i>	1	
SUPREP SUBOWEL KIT	1	
SUTAB SU1.479-0.225-0.188 GM	1	
<i>ursodiol 250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet</i>	1	
XIFAXAN 550 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 231

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Histamine2 (H2) Receptor Antagonists

<i>cimetidine 200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet</i>	1	
<i>famotidine 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml susp, 200 mg/20 ml vial, 500 mg/50 ml vial</i>	1	
<i>nizatidine 150 mg capsule, 300 mg capsule</i>	1	

Protectants

CARAFATE 1 GM TABLET, 1 GM/10 ML SUSP	1	
CYTOTEC 100 MCG TABLET, 200 MCG TABLET	1	
<i>misoprostol 100 mcg tablet, 200 mcg tablet</i>	1	
<i>sucralfate 1 gm tablet, 1 gm/10 ml susp, 1 gm/10 ml susp cup</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Proton Pump Inhibitors		
<i>esomeprazole magnesium dr 10 mg packet, dr 20 mg packet, dr 40 mg packet, mag dr 20 mg cap, mag dr 40 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>esomeprazole sodium 40 mg vial</i>	1	
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule, dr 30 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
NEXIUM DR 10 MG PACKET, DR 20 MG CAPSULE, DR 20 MG PACKET, DR 40 MG CAPSULE, DR 40 MG PACKET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
NEXIUM DR 2.5 MG PACKET, DR 5 MG PACKET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
NEXIUM I.V. 40 MG VIAL	1	
<i>omeprazole dr 10 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>omeprazole dr 20 mg capsule, dr 40 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>pantoprazole sodium 40 mg vial</i>	1	
<i>pantoprazole sodium dr 20 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pantoprazole sodium dr 40 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PREVACID DR 30 MG CAPSULE	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
PROTONIX DR 20 MG TABLET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
PROTONIX DR 40 MG TABLET	1	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>rabeprazole sodium dr 20 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment

ALDURAZYME 2.9 MG/5 ML VIAL	1	
<i>betaine anhydrous 1 gram/scoop powder</i>	1	
BUPHENYL 500 MG TABLET	1	PA
CARNITOR 1 GM/10 ML ORAL SOLN, 100 MG/ML ORAL SOLN, 330 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 234

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
CARNITOR SF 100 MG/ML ORAL SOL	1	
CEREZYME 400 UNIT VIAL	1	PA
CREON DR 3,000 UNIT CAPSULE, DR 6,000 UNIT CAPSULE, DR 12,000 UNIT CAPSULE, DR 24,000 UNIT CAPSULE, DR 36,000 UNIT CAPSULE	1	
<i>cromolyn sodium 100 mg/5 ml oral conc</i>	1	
CRYSVITA 10 MG/ML VIAL, 20 MG/ML VIAL, 30 MG/ML VIAL	1	PA
CYSTADANE 1 GRAM/SCOOP POWDER	1	
CYSTAGON 50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE	1	PA
ELAPRASE 6 MG/3 ML VIAL	1	
ELELYSO 200 UNITS VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 235

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ENDARI 5 GRAM POWDER PACKET	1	PA
FABRAZYME 5 MG VIAL, 35 MG VIAL	1	
<i>javygtor 100 mg powder packet, 100 mg tablet, 500 mg powder packet</i>	1	PA
KUVAN 100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET, 500 MG POWDER PACKET	1	PA
<i>l-glutamine -gutamine 5 gram powder pkt</i>	1	PA
<i>levocarnitine 1 g/10 ml cup, 1 g/10 ml soln, 330 mg tablet, 500 mg/5 ml cup</i>	1	
<i>levocarnitine sf 1 g/10 ml sol</i>	1	
LUMIZYME 50 MG VIAL	1	
<i>miglustat 100 mg capsule</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
NAGLAZYME 5 MG/5 ML VIAL	1	
<i>nitisinone 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule, 20 mg capsule</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 236

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ORFADIN 2 MG CAPSULE, 4 MG/ML SUSPENSION, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE	1	
PALYNZIQ 2.5 MG/0.5 ML SYRINGE, 10 MG/0.5 ML SYRINGE, 20 MG/ML SYRINGE	1	PA
PROLASTIN C MG VIAL, MG/20 ML VL	1	PA
REVCovi 2.4 MG/1.5 ML VIAL	1	
<i>sapropterin dihydrochloride 100 mg powder pkt, 100 mg tablet, 500 mg powder pkt</i>	1	PA
<i>sodium phenylbutyrate 500mg tb, powder</i>	1	PA
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML VIAL, 28 MG/0.7 ML VIAL, 40 MG/ML VIAL, 80 MG/0.8 ML VIAL	1	PA
VPRIV 400 UNITS VIAL	1	PA
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/12/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 237

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
VYNDAQEL 20 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>yargesa 100 mg capsule</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZENPEP DR 3,000 UNIT CAPSULE, DR 5,000 UNIT CAPSULE, DR 10,000 UNIT CAPSULE, DR 15,000 UNIT CAPSULE, DR 20,000 UNIT CAPSULE, DR 25,000 UNIT CAPSULE, DR 40,000 UNIT CAPSULE, DR 60,000 UNIT CAPSULE	1	
ZOKINVY 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Genitourinary Agents

Antispasmodics, Urinary

<i>darifenacin er er 7.5 mg tablet, er 15 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DETROL 1 MG TABLET, 2 MG TABLET	1	ST, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 238

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
DETROL LA 2 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fesoterodine fumarate er er 4 mg tablet, er 8 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
GEMTESA 75 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ ER 25 MG TABLET, ER 50 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ ER 8 MG/ML SUSP	1	QL (300 PER 28 DAYS)
<i>oxybutynin chloride 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride 5 mg/5 ml solution, 5 mg/5 ml syrup</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride er cl 10 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride er cl 15 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride er cl 5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>solifenacin succinate 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 239

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tolterodine tartrate 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tolterodine tartrate er er 2 mg cap, er 4 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TOVIAZ ER 4 MG TABLET, ER 8 MG TABLET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>trospium chloride 20 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>trospium chloride er 60 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Benign Prostatic Hypertrophy Agents		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
AVODART 0.5 MG SOFTGEL	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dutasteride 0.5 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dutasteride-tamsulosin -0.5-0.4</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>finasteride 5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FLOMAX 0.4 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PROSCAR 5 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 240

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
RAPAFLO 4 MG CAPSULE, 8 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>silodosin 4 mg capsule, 8 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Contraceptives, Other		
LILETTA 52 MG SYSTEM	1	
SKYLA 13.5 MG SYSTEM	1	
Genitourinary Agents, Other		
<i>bethanechol chloride 5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	
DEPEN 250 MG TITRATAB	1	
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tablet</i>	1	
<i>penicillamine 250 mg tablet</i>	1	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Adrenal)		
ACTHAR GEL 400 UNIT/5 ML VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 241

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ACTHAR SELFJECT 40 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/ML	1	PA
CORTEF 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	
<i>decadron 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 4 mg tablet, 6 mg tablet</i>	1	
<i>dexamethasone 0.5 mg tablet, 0.5 mg/5 ml elx, 0.5 mg/5 ml liq, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 6 day 1.5 mg tab, 6 mg tablet, 10 day 1.5 mg tb, 13 day 1.5 mg tb</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml syringe, 4 mg/ml vial, 20 mg/5 ml vial, 120 mg/30 ml vl</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tablet</i>	1	
HEMADY 20 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/12/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 242

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>hidex 6 day 1.5 mg tablet</i>	1	
<i>hydrocortisone 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	
MEDROL 4 MG DOSEPAK, 4 MG TABLET, 8 MG TABLET, 16 MG TABLET, 32 MG TABLET	1	
<i>methylprednisolone 4 mg dosepk, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tab, 32 mg tab</i>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ 1 gm vl, 40 mg vl, 125 mg, 500 mg</i>	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln, 15mg/5ml soln cup</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate 5 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml soln, 15mg/5ml soln cup, sod ph 25 mg/5 ml</i>	1	
<i>prednisone 1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tab dose pack, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tab dose pack, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SOLU-MEDROL -1 GRAM VIAL, -40 MG VIAL, -125 MG VIAL, -500 MG VIAL, -1,000 MG VIAL	1	
<i>taperdex 6 day 1.5 mg tablet</i>	1	

Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Pituitary)

CHORIONIC GONADOTROPIN 10,000 UNIT VL	1	PA
DDAVP 0.1 MG TABLET, 0.2 MG TABLET	1	
<i>desmopressin acetate 0.01% solution, 0.01% spray, ac 4 mcg/ml ampul, ac 4 mcg/ml vial, acetate 0.1 mg tb, acetate 0.2 mg tb, 10 mcg/0.1 ml spr, 40 mcg/10 ml vial</i>	1	
INCRELEX 40 MG/4 ML VIAL	1	
OMNITROPE 5 MG/1.5 ML CRTG, 5.8 MG VIAL, 10 MG/1.5 ML CRTG	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 244

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
PREGNYL 10,000 UNIT VIAL	1	PA

Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Sex Hormones/ Modifiers)

Androgens

ANDROGEL 1.62% GEL PUMP, 1.62%(2.5G) GEL PCKT	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>danazol 50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule</i>	1	PA
DEPO-TESTOSTERONE -200 MG/ML, -200 MG/ML VL, -1,000MG/10ML	1	PA
<i>methyltestosterone 10 mg cap</i>	1	PA
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk</i>	1	PA, QL (225 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk, 12.5 mg/1.25 gram, 50 mg/5 gram gel, 50 mg/5 gram pkt</i>	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt, 1.62% gel pump</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 245

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>testosterone 1.62%(1.25 g) pkt</i>	1	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml, 500 mg/2.5 ml, 500 mg/5 ml, 1,000 mg/10ml, 1,000 mg/5 ml, 2,000 mg/10ml, 6,000 mg/30ml</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate testosterone 1,000 mg/5 ml, testosterone 200 mg/ml</i>	1	PA
Estrogens		
DEPO-ESTRADIOL -5 MG/ML VIAL	1	
DIVIGEL 0.25 MG GEL PACKET, 0.5 MG GEL PACKET, 0.75 MG GEL PACKET, 1 MG GEL PACKET, 1.25 MG GEL PACKET	1	
<i>dotti 0.025 mg patch, 0.0375 mg patch, 0.05 mg patch, 0.075 mg patch, 0.1 mg patch</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ESTRACE 0.01% CREAM	1	
<i>estradiol (once weekly) 0.025 mg patch(1/wk), 0.0375mg patch(1/wk), 0.05 mg patch (1/wk), 0.06 mg patch (1/wk), 0.075 mg patch(1/wk), 0.1 mg patch (1/wk)</i>	1	
<i>estradiol (twice weekly) 0.025 mg patch(2/wk), 0.0375mg patch(2/wk), 0.05 mg patch (2/wk), 0.075 mg patch(2/wk), 0.1 mg patch (2/wk)</i>	1	
<i>estradiol 0.01% cream, 0.1% (0.25mg) gel pk, 0.1% (0.5mg) gel pkt, 0.1% (0.75mg) gel pk, 0.1% (1 mg) gel pkt, 0.1% (1.25mg) gel pk, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 10 mcg vaginal insrt</i>	1	
<i>estradiol valerate 50 mg/5 ml, 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	1	
ESTRING 2 MG VAGINAL RING, 7.5 MCG/DAY (2MG) RING	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 247

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lyllana 0.025 mg patch, 0.0375 mg patch, 0.05 mg patch, 0.075 mg patch, 0.1 mg patch</i>	1	
MENEST 0.3 MG TABLET, 0.625 MG TABLET, 1.25 MG TABLET, 2.5 MG TABLET	1	
PREMARIN 0.3 MG TABLET, 0.45 MG TABLET, 0.625 MG TABLET, 0.9 MG TABLET, 1.25 MG TABLET, VAGINAL CREAM-APPL	1	
VAGIFEM 10 MCG VAGINAL TAB	1	
<i>yuvafem 10 mcg insert, 10 mcg tablet</i>	1	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Sex Hormones/ Modifiers)		
<i>afirmelle -28 tablet</i>	1	
<i>altavera -28 tablet</i>	1	
<i>alyacen 1-35 28 tablet, 7-7-7-28 tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 248

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>amabelz 0.5 mg-0.1 mg tablet, 1 mg-0.5 mg tablet</i>	1	
<i>amethia 0.15-0.03-0.01 mg tab</i>	1	
<i>amethyst 90-20 mcg tablet</i>	1	
<i>apri 28 day tablet</i>	1	
<i>aranelle 28 tablet</i>	1	
<i>ashlyna 0.15-0.03-0.01 mg tab</i>	1	
<i>aubra -28 tablet</i>	1	
<i>aubra eq -28 tablet</i>	1	
<i>aurovela 1 mg-20 mcg tablet, 21 1.5-30 tablet</i>	1	
<i>aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg tab</i>	1	
<i>aurovela fe 1-20 tablet, 1.5 mg-30 mcg tab</i>	1	
<i>aviane -28 tablet</i>	1	
<i>ayuna -28 tablet</i>	1	
<i>balziva 28 tablet</i>	1	
<i>blisovi 24 fe tablet</i>	1	
<i>blisovi fe 1-20 tablet, 1.5-30 tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 249

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>briellyn tablet</i>	1	
<i>camrese 0.15-0.03-0.01 mg tab</i>	1	
<i>camrese lo tablet</i>	1	
<i>chateal -28 tablet</i>	1	
<i>chateal eq -28 tablet</i>	1	
COMBIPATCH 0.05-0.14 MG, 0.05-0.25 MG	1	
<i>cryselle -28 tablet</i>	1	
<i>cyred 28 day tablet</i>	1	
<i>cyred eq 28 day tablet</i>	1	
<i>dasetta 1-35-28 tablet, 7/7/7-28 tablet</i>	1	
<i>daysee 0.15-0.03-0.01 mg tab</i>	1	
<i>desogestr-eth estrad eth estra</i>	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol -ee 0.15-0.03 mg tb</i>	1	
<i>dolishale 90-20 mcg tablet</i>	1	
<i>drospirenone-eth estra- levomef --3-0.02-0.451, --3- 0.03-0.451</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/12/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 250

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>drospirenone-ethinyl estradiol -3-0.02 mg tab, -3-0.03 mg tab</i>	1	
<i>elinest -28 tablet</i>	1	
<i>eluryng vaginal ring</i>	1	
<i>emoquette 28 day tablet</i>	1	
<i>enpresse -28 tablet</i>	1	
<i>enskyce 28 tablet</i>	1	
<i>estarylla 0.25-0.035 mg tablet</i>	1	
<i>estradiol-norethindrone acetat -0.5-0.1 mg tb, -1-0.5 mg tab</i>	1	
<i>ethynodiol-ethinyl estradiol ynodiol--35mcg, ynodiol--50mcg</i>	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol -ee vaginal ring</i>	1	
<i>falmina -28 tablet</i>	1	
<i>femynor 28 tablet</i>	1	
<i>gemmily 1 mg-20 mcg capsule</i>	1	
<i>hailey 21 1.5 mg-30 mcg tab</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 251

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>hailey 24 fe 1 mg-20 mcg tab</i>	1	
<i>hailey fe 1-20 tablet, 1.5-30 tablet</i>	1	
<i>haloette vaginal ring</i>	1	
<i>iclevia 0.15 mg-0.03 mg tablet</i>	1	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tablet</i>	1	
<i>isibloom 28 day tablet</i>	1	
<i>jaimiess 0.15-0.03-0.01 mg tab</i>	1	
<i>jasmiel 3 mg-0.02 mg tablet</i>	1	
<i>jolessa 0.15 mg-0.03 mg tablet</i>	1	
<i>juleber 28 day tablet</i>	1	
<i>junel 1 mg-20 mcg tablet, 1.5 mg-30 mcg tablet</i>	1	
<i>junel fe 1 mg-20 mcg tablet, 1.5 mg-30 mcg tablet</i>	1	
<i>junel fe 24 tablet</i>	1	
<i>kaitlib fe 0.8-0.025mg chew tb</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 252

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>kalliga 28 day tablet</i>	1	
<i>kariva 28 day tablet</i>	1	
<i>kelnor 1-35 -28 tablet</i>	1	
<i>kelnor 1-50 -tablet</i>	1	
<i>kurvelo -28 tablet</i>	1	
<i>larin 1.5 mg-30 mcg tablet, 21 1-20 tablet</i>	1	
<i>larin 24 fe 1 mg-20 mcg tablet</i>	1	
<i>larin fe 1-20 tablet, 1.5-30 tablet</i>	1	
<i>larissia -28 tablet</i>	1	
LAYOLIS FE CHEWABLE TABLET	1	
<i>leena 28 tablet</i>	1	
<i>lessina -28 tablet</i>	1	
<i>levonest -28 tablet</i>	1	
<i>levonorg-eth estrad eth estrad lvono-strad 0.15-0.03-0.01, lvonor-strad 0.1-0.02-0.01</i>	1	
<i>levonorgestrel-eth estradiol -estra 0.09-0.02 mg, -estrad 0.1-0.02 mg, -estrad 0.15-0.03, -estrad triphasic</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 253

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>levora-28 -tablet</i>	1	
<i>lillow -28 tablet</i>	1	
<i>lo-zumandimine -3 mg-0.02 mg tb</i>	1	
LOESTRIN 21 1-20 TABLET, 21 1.5-30 TABLET	1	
LOESTRIN FE 1-20 TABLET, 1.5-30 TABLET	1	
<i>lojaimiess 0.1-0.02-0.01 tab</i>	1	
<i>loryna 3 mg-0.02 mg tablet</i>	1	
LOSEASONIQUE TABLET	1	
<i>low-ogestrel --28 tablet</i>	1	
<i>lutra -28 tablet</i>	1	
<i>marlissa -28 tablet</i>	1	
<i>merzee 1 mg-20 mcg capsule</i>	1	
<i>microgestin 21 1-20 tablet, 21 1.5-30 tab</i>	1	
<i>microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/12/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 254

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>microgestin fe 1-20 tablet, 1.5-30 tab</i>	1	
<i>mili 0.25-0.035 mg tablet</i>	1	
<i>mimvey 1-0.5 mg tablet</i>	1	
MIRCETTE 28 DAY TABLET	1	
<i>mono-lynyah -28 tablet</i>	1	
<i>necon 0.5-35-28 tablet</i>	1	
<i>nikki 3 mg-0.02 mg tablet</i>	1	
<i>norethin-eth estra-ferrous fum noret-estr-0.4- 0.035(21)-75, norethin- estra-0.8-0.025 mg</i>	1	
<i>norethindron-ethinyl estradiol norethin-ee 1.5- 0.03 mg(21) tb, norethind- eth estrad 1-0.02 mg</i>	1	
<i>norethindrone-e.estradiol- iron --1 mg/20-30-35 mcg, - -1-0.02(21)-75 tab, --1- 0.02(24)-75 cap, --1.5- 0.03mg(21)-75</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol norg-ee 0.18- 0.215-0.25/0.025, norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035, norg-ethin estra 0.25-0.035 mg, norgestimate-ee 0.25-</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 255

0.035 mg

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>nortrel 0.5-35-28 tablet, 1-35 21 tablet, 1-35 28 tablet, 7-7-7-28 tablet</i>	1	
NUVARING NUVAVAGINAL	1	
<i>nylia 1-35 28 tablet, 7-7-7-28 tablet</i>	1	
<i>nymyo 0.25-0.035 mg (28) tab</i>	1	
<i>ocella 3 mg-0.03 mg tablet</i>	1	
<i>orsythia -28 tablet</i>	1	
<i>philith 0.4-0.035 mg tablet</i>	1	
<i>pimtrea 28 day tablet</i>	1	
<i>pirmella 1-35 28 tablet, 1-35-28 tablet, 7-7-7-28 tablet</i>	1	
<i>portia -28 tablet</i>	1	
PREMPHASE 0.625-5 MG TABLET	1	
PREMPRO 0.3 MG-1.5 MG TABLET, 0.45-1.5 MG TABLET, 0.625-2.5 MG TABLET, 0.625-5 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 256

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>previfem tablet</i>	1	
<i>reclipsen 28 day tablet</i>	1	
SEASONIQUE 0.15-0.03-0.01 TAB	1	
<i>setlakin 0.15 mg-0.03 mg tab</i>	1	
<i>simliya 28 day tablet</i>	1	
<i>simpesse 0.15-0.03-0.01 mg tab</i>	1	
<i>sprintec 28 day tablet</i>	1	
<i>sronyx 0.10-0.02 mg tablet</i>	1	
<i>syeda 28 tablet</i>	1	
<i>tarina 24 fe 1 mg-20 mcg tab</i>	1	
<i>tarina fe 1-20 eq -tablet</i>	1	
<i>tarina fe 1-20 tablet</i>	1	
<i>tilia fe 28 tablet</i>	1	
<i>tri femynor 28 tablet</i>	1	
<i>tri-estarylla -tablet</i>	1	
<i>tri-legest fe --28 day tablet</i>	1	
<i>tri-linyah -tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 257

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tri-lo-estarylla --tablet</i>	1	
<i>tri-lo-marzia --tablet</i>	1	
<i>tri-lo-mili --tablet</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec --tablet</i>	1	
<i>tri-mili -28 tablet</i>	1	
<i>tri-nymyo -28 tablet</i>	1	
<i>tri-previfem -tablet</i>	1	
<i>tri-sprintec -tablet</i>	1	
<i>tri-vylibra -28 tablet</i>	1	
<i>tri-vylibra lo -tablet</i>	1	
<i>trivora-28 -tablet</i>	1	
TYBLUME 0.1-0.02 MG CHEW TAB	1	
<i>tydemy 3-0.03-0.451 mg tablet</i>	1	
<i>velivet 28 day tablet</i>	1	
<i>vestura 3 mg-0.02 mg tablet</i>	1	
<i>vienva -28 tablet</i>	1	
<i>viorele 28 day tablet</i>	1	
<i>volnea 0.15-0.02-0.01 mg tab</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 258

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>vyfemla 0.4 mg-0.035 mg tablet</i>	1	
<i>vylibra 28 tablet</i>	1	
<i>wera 0.5/0.035 mg 28 tablet</i>	1	
<i>wymzya fe 0.4-0.035 mg chew tb</i>	1	
YASMIN 28 TABLET	1	
YAZ 28 TABLET	1	
<i>zarah tablet</i>	1	
<i>zovia 1-35 -tablet</i>	1	
<i>zumandimine 3 mg-0.03 mg tab</i>	1	
<i>azurette 28 day tablet</i>	1	
<i>enilloring vaginal</i>	1	
<i>taysofy 1 mg-20 mcg capsule</i>	1	
<i>turqoz -28 tablet</i>	1	
Progestins		
AYGESTIN 5 MG TABLET	1	
<i>camila 0.35 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 259

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>deblitane 0.35 mg tablet</i>	1	
DEPO-PROVERA -150 MG/ML SYRINGE, -150 MG/ML VIAL	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 -SYRINGE	1	
<i>emzahh 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>errin 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>heather 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>hydroxyprogesterone caproate 1.25 g/5ml</i>	1	
<i>incassia 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>jencycla 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>lyleq 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>lyza 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml</i>	1	
<i>megestrol acetate 20 mg tablet, 40 mg tablet, acet 40 mg/ml susp, 400 mg/10 ml cup, 400 mg/10ml susp cup, acet 400 mg/10 ml</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 260

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>nora-be -tablet</i>	1	
<i>norethindrone 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>norethindrone ac (lupaneta) norethindr 5 mg tb</i>	1	
<i>norethindrone acetate 5 mg tablet</i>	1	
<i>norlyda 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>progesterone 100 mg capsule, 200 mg capsule</i>	1	
PROVERA 2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	
<i>sharobel 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>tulana 0.35 mg tablet</i>	1	
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents		
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET	1	
EVISTA 60 MG TABLET	1	
<i>raloxifene hcl 60 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
-----------------------------------	--	--------------------------------

Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Thyroid)

CYTOMEL 5 MCG TABLET, 25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET	1	
LEVO-T -25 MCG ABLE, -50 MCG ABLE, -75 MCG ABLE, -88 MCG ABLE, -100 MCG ABLE, -112 MCG ABLE, -125 MCG ABLE, -137 MCG ABLE, -150 MCG ABLE, -175 MCG ABLE, -200 MCG ABLE, -300 MCG ABLE	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/12/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 262

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>levothyroxine sodium 25 mcg tablet, 50 mcg tablet, 75 mcg tablet, 88 mcg tablet, 100 mcg tablet, 112 mcg tablet, 125 mcg tablet, 137 mcg tablet, 150 mcg tablet, 175 mcg tablet, 200 mcg tablet, 300 mcg tablet</i>	1	
LEVOXYL 25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET	1	
<i>liothyronine sodium 5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SYNTHROID 25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET, 300 MCG TABLET	1	
TIROSINT 13 MCG CAPSULE, 25 MCG CAPSULE, 37.5 MCG CAPSULE, 44 MCG CAPSULE, 50 MCG CAPSULE, 62.5 MCG CAPSULE, 75 MCG CAPSULE, 88 MCG CAPSULE, 100 MCG CAPSULE, 112 MCG CAPSULE, 125 MCG CAPSULE, 137 MCG CAPSULE, 150 MCG CAPSULE, 175 MCG CAPSULE, 200 MCG CAPSULE	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
-----------------------------------	--	--------------------------------

TIROSINT-SOL -SOL 13
MCG/ML SOLN, -SOL
25 MCG/ML SOLN, -
SOL 37.5 MCG/ML
SOLN, -SOL 44
MCG/ML SOLN, -SOL
50 MCG/ML SOLN, -
SOL 62.5 MCG/ML
SOLN, -SOL 75
MCG/ML SOLN, -SOL
88 MCG/ML SOLN, -
SOL 100 MCG/ML
SOLN, -SOL 112
MCG/ML SOLN, -SOL
125 MCG/ML SOLN, -
SOL 137 MCG/ML
SOLN, -SOL 150
MCG/ML SOLN, -SOL
175 MCG/ML SOLN, -
SOL 200 MCG/ML SOLN

1

UNITHROID 25 MCG
TABLET, 50 MCG
TABLET, 75 MCG
TABLET, 88 MCG
TABLET, 100 MCG
TABLET, 112 MCG
TABLET, 125 MCG
TABLET, 137 MCG
TABLET, 150 MCG
TABLET, 175 MCG
TABLET, 200 MCG
TABLET, 300 MCG

1

— Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

TABLET

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal)		
KORLYM 300 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
LYSODREN 500 MG TABLET	1	
<i>mifepristone 300 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)		
<i>cabergoline 0.5 mg tablet</i>	1	
ELIGARD 7.5 MG SYRINGE B, 7.5 MG SYRINGE KIT, 22.5 MG SYRINGE B, 22.5 MG SYRINGE KIT, 30 MG SYRINGE B, 30 MG SYRINGE KIT, 45 MG SYRINGE B, 45 MG SYRINGE KIT	1	PA
FIRMAGON 2 X 120 MG KIT, 80 MG KIT, 120 MG VIAL	1	
<i>leuprolide acetate 14 mg/2.8 ml kt, 14 mg/2.8 ml v/</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 266

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>leuprolide depot 22.5 mg vial</i>	1	PA
LUPRON DEPOT (LUPANETA) DEPO 11.25MG, DEPOT 3.75MG	1	PA
LUPRON DEPOT 3.75 MG KIT, -4 MONTH KIT, 7.5 MG KIT, 11.25 MG 3MO KIT, 22.5 MG 3MO KIT, 45 MG 6MO KIT	1	PA
LUPRON DEPOT-PED - 11.25 MG 3MO, -11.25 MG KIT, -15 MG KIT, -30 MG 3MO KIT, -45 MG 6MO KIT, -7.5 MG KIT	1	PA
<i>octreotide acetate acet 0.05 mg/ml vl, acet 50 mcg/ml amp, acet 50 mcg/ml syr, acet 50 mcg/ml vial, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml syr, acet 100 mcg/ml vl, acet 200 mcg/ml vl, acet 500 mcg/ml amp, acet 500 mcg/ml syr, acet 500 mcg/ml vl, 1,000 mcg/5 ml vial, 1,000 mcg/ml vial, 5,000 mcg/5 ml vial</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 267

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>octreotide acetate er er 20 mg, er 30 mg</i>	1	PA
ORGOVYX 120 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG KT, 10 MG VL, 20 MG KT, 20 MG VL, 30 MG KT, 30 MG VL	1	PA
SIGNIFOR 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	1	PA
SIGNIFOR LAR 10 MG KIT, 10 MG VIAL, 20 MG KIT, 20 MG VIAL, 30 MG KIT, 30 MG VIAL, 40 MG KIT, 40 MG VIAL, 60 MG KIT, 60 MG VIAL	1	PA
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML, 120 MG/0.5 ML	1	PA
SOMAVERT 10 MG VIAL, 15 MG VIAL, 20 MG VIAL, 25 MG VIAL, 30 MG VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 268

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	1	
TRELSTAR 3.75 MG VIAL, 11.25 MG VIAL, 22.5 MG VIAL	1	PA

Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)

Antithyroid Agents

<i>methimazole 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	
<i>propylthiouracil 50 mg tablet</i>	1	

Immunological Agents

Angioedema Agents

CINRYZE 500 UNIT VIAL, 500 UNIT VIAL-DILUENT	1	PA, QL (20 PER 30 DAYS)
FIRAZYR 30 MG/3 ML SYRINGE	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
HAEGARDA 2,000 UNIT VIAL	1	PA, QL (27 PER 30 DAYS)
HAEGARDA 3,000 UNIT VIAL	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 269

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>icatibant 30 mg/3 ml syringe</i>	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sajazir 30 mg/3 ml syringe</i>	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
Immunoglobulins		
ATGAM 50 MG/ML AMPUL	1	Part D vs Part B
GAMMAGARD LIQUID 10% VIAL	1	PA
GAMMAGARD S-D -5 G (IGA<1) OLN, -10 G (IGA<1) OL	1	PA
GAMMAPLEX 5 GRAM/100 ML VIAL, 5 GRAM/50 ML VIAL, 10 GRAM/100 ML VIAL, 10 GRAM/200 ML VIAL, 20 GRAM/200 ML VIAL, 20 GRAM/400 ML VIAL	1	PA
GAMUNEX-C -1 GRAM/10 ML VIAL, -5 GRAM/50 ML VIAL, -10 GRAM/100 ML VIAL, -20 GRAM/200 ML VIAL, -40 GRAM/400 ML VIAL, -2.5 GRAM/25 ML VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 270

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SYNAGIS 50 MG/0.5 ML VIAL, 100 MG/ML VIAL	1	
THYMOGLOBULIN 25 MG VIAL	1	Part D vs Part B
Immunological Agents, Other		
ARCALYST 220 MG VIAL	1	PA
BENLYSTA 120 MG VIAL, 200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE, 400 MG VIAL	1	PA
COSENTYX (2 SYRINGES) 300 MG DOSE	1	PA
COSENTYX SENSOREADY (2 PENS) SNRDY 300MG DOSE-2PEN	1	PA
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG	1	PA
COSENTYX SYRINGE 75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 271

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG	1	Biologic Immunomodulators PA - Cosentyx
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN, 300 MG/2 ML PEN	1	PA
DUPIXENT SYRINGE 100 MG/0.67 ML SYRING, 200 MG/1.14 ML SYRING, 300 MG/2 ML SYRINGE	1	PA
ILARIS 150 MG/ML VIAL	1	PA
KINERET 100 MG/0.67 ML SYRINGE	1	PA
NULOJIX 250 MG VIAL	1	Part D vs Part B
ORENCIA 50 MG/0.4 ML SYRINGE, 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE, 125 MG/ML SYRINGE, 250 MG VIAL	1	PA
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML	1	PA
RIDAURA 3 MG CAPSULE	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 272

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
RINVOQ ER 15 MG TABLET, ER 30 MG TABLET, ER 45 MG TABLET	1	PA
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	1	PA
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE, 600 MG/10 ML VIAL	1	PA
SKYRIZI ON-BODY 180 MG/1.2 ML, 360 MG/2.4 ML	1	PA
SKYRIZI PEN 150 MG/ML	1	PA
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE, 130 MG/26 ML VIAL	1	PA
TREMFYA 100 MG/ML INJECTOR, 100 MG/ML SYRINGE, 200 MG/2 ML SYRINGE, 200 MG/20 ML VIAL	1	PA
TREMFYA PEN 200 MG/2 ML	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 273

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	PA
XELJANZ XR 11 MG TABLET, 22 MG TABLET	1	PA
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTOINJECT, 75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/1.2 ML POWDER VL, 150 MG/ML AUTOINJECTOR, 150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML AUTOINJECT, 300 MG/2 ML SYRINGE	1	PA
Immunostimulants		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	1	PA
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE, 180 MCG/ML VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 274

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Immunosuppressants		
ASTAGRAF XL 0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE	1	PA
AZASAN 75 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	PA
<i>azathioprine 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	PA
<i>azathioprine sodium 100 mg vial</i>	1	Part D vs Part B
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET	1	PA
CELLCEPT 500 MG VIAL	1	Part D vs Part B
<i>cyclosporine 25 mg capsule, 100 mg capsule</i>	1	PA
<i>cyclosporine 250 mg/5 ml ampul</i>	1	Part D vs Part B
<i>cyclosporine modified 25 mg, 50 mg, 100 mg, 100mg/ml</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 275

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
CYLTEZO(CF) 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	1	PA
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS CRH--40MG	1	PA
CYLTEZO(CF) PEN PEN 40 MG/0.4 ML, PEN 40 MG/0.8 ML	1	PA
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV -40MG	1	PA
ENBREL 25 MG KIT, 25 MG/0.5 ML SYRINGE, 25 MG/0.5 ML VIAL, 50 MG/ML SYRINGE	1	PA
ENBREL MINI 50 MG/ML CARTRIDGE	1	PA
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML	1	PA
<i>everolimus 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet</i>	1	PA
<i>gengraf 25 mg capsule, 100 mg capsule, 100 mg/ml solution</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 276

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
HADLIMA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	1	PA
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8 ML	1	PA
HADLIMA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRNG	1	PA
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 40MG/0.4	1	PA
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	1	PA
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML	1	PA
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS --40 MG	1	PA
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS --40 MG	1	PA
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRING, CDV 10 MG/0.1ML SYR, 20 MG/0.2 ML SYRING, CDV 20 MG/0.2ML SYR, 40 MG/0.4 ML SYRING, CDV 40 MG/0.4ML SYR	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 277

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S 80-40 MG, 80MG/0.8	1	PA
HUMIRA(CF) PEN CDV PEN 40 MG/0.4ML, CDV PEN 80 MG/0.8ML, PEN 40 MG/0.4 ML, PEN 80 MG/0.8 ML	1	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS CRHN--80MG	1	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG	1	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS -- AHS 80-40	1	PA
IMURAN 50 MG TABLET	1	PA
<i>leflunomide 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	
<i>methotrexate 1 gm vial, 2.5 mg tablet, 50 mg/2 ml vial, 250 mg/10 ml vial</i>	1	
<i>methotrexate sodium 1 gram/40 ml vial, 25 mg/ml vial, 50 mg/2 ml vial, 250 mg/10 ml vial</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/12/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 278

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet</i>	1	PA
<i>mycophenolate mofetil 500 mg vial</i>	1	Part D vs Part B
<i>mycophenolic acid dr 180 mg, dr 360 mg</i>	1	PA
MYFORTIC 180 MG TABLET	1	PA
MYHIBBIN 200 MG/ML SUSPENSION	1	Part D vs Part B
NEORAL 25 MG GELATIN CAPSULE, 100 MG GELATIN CAPSULE, 100 MG/ML SOLUTION	1	PA
PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET, 0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 1 MG GRANULE PACKET, 5 MG CAPSULE	1	PA
PROGRAF 5 MG/ML AMPULE	1	Part D vs Part B
RAPAMUNE 1 MG/ML ORAL SOLN	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 279

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
RENFLEXIS 100 MG VIAL	1	PA
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 100 MG/ML SOLN	1	PA
SANDIMMUNE 50 MG/ML AMPUL	1	Part D vs Part B
SIMULECT 10 MG VIAL, 20 MG VIAL	1	Part D vs Part B
<i>sirolimus 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml solution, 2 mg tablet</i>	1	PA
<i>tacrolimus 0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule (ir), 5 mg capsule (ir)</i>	1	PA
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA
ZORTRESS 0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 0.75 MG TABLET, 1 MG TABLET	1	PA
Vaccines		
ABRYSVO ACT-O-VIAL, VIAL, VIAL WITH DILUENT SYRG	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 280

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ACTHIB VIAL, WITH DILUENT	1	
ADACEL TDAP SYRINGE, VIAL	1	
AREXVY VIAL KIT	1	
BCG VACCINE (TICE STRAIN) VIAL	1	
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	1	
BOOSTRIX TDAP SYRINGE, VIAL	1	
DAPTACEL DTAP VACCINE	1	
DENGVAXIA VIAL, VIAL WITH DILUENT	1	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	1	
ENGERIX-B ADULT -20 MCG/ML SYRN, -20 MCG/ML VIAL	1	PA
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT -10 MCG/0.5 SYRN	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 281

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE) 1 ML VIAL (STOCKPILE)	1	
GARDASIL 9 9 SYRINGE, 9 VIAL	1	
HAVRIX 720 UNIT/0.5 ML SYRINGE, 720 UNITS/0.5 ML VIAL, 1,440 UNIT/ML SYRINGE	1	
HEPLISAV-B -20 MCG/0.5 ML SYRNG	1	PA
HIBERIX VACCINE VIAL, VIAL AND DILUENT SYRG, VIAL WITH DILUENT VIAL	1	
IMOVAX RABIES VACCINE VIAL	1	PA
INFANRIX DTAP SYRINGE	1	
IPOL VIAL	1	
IXCHIQ VIAL	1	
IXIARO 6 MCG/0.5 ML SYRINGE, 6 UNIT(6 MCG)/0.5ML SYR	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 282

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE) 0.5 ML VIAL(STOCKPILE)	1	PA
JYNNEOS 0.5 ML VIAL	1	PA
KINRIX TIP-LOK SYRINGE	1	
M-M-R II VACCINE -- VIAL	1	
MENACTRA VIAL	1	
MENQUADFI VIAL	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP 1 VIL-----135-DIP, ---KIT (2 VILS)	1	
MRESVIA 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	1	
PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	1	
PEDVAXHIB VACCINE VIAL	1	
PENBRAYA KIT	1	
PENTACEL VIAL KIT	1	
PREHEVBRIIO 10 MCG/ML VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 283

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
PRIORIX VIAL	1	
PROQUAD VIAL	1	
QUADRACEL DTAP-IPV -SYRINGE, -VIAL	1	
RABAVERT VACC W-DILUENT, VACCINE VIAL	1	PA
RECOMBIVAX HB 5 MCG/0.5 ML SYR, 5 MCG/0.5 ML VL, 10 MCG/ML SYR, 10 MCG/ML VIAL, 40 MCG/ML VIAL	1	PA
ROTARIX ORAL SYRINGE, SUSPENSION	1	
ROTATEQ VACCINE	1	
SHINGRIX VIAL KIT	1	QL (2 PER 999 OVER TIME)
STAMARIL VIAL	1	
TDVAX VIAL	1	PA
TENIVAC SYRINGE, VIAL	1	PA
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML SYRING, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 284

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCIN	1	
TWINRIX VACCINE SYRINGE	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML AL, 25 MCG/0.5 ML SYRNG	1	
VAQTA 25 UNITS/0.5 ML SYRINGE, 25 UNITS/0.5 ML VIAL, 50 UNITS/ML SYRINGE, 50 UNITS/ML VIAL	1	
VARIVAX VACCINE VIAL, WITH DILUENT	1	
VAXCHORA VACCINE	1	
YF-VAX -1 VIAL, -5 VIAL	1	

Inflammatory Bowel Disease Agents

Aminosalicylates

APRISO ER 0.375 GRAM CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ASACOL HD DR 800 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
AZULFIDINE 500 MG TABLET, ENTAB 500 MG	1	
<i>balsalazide disodium 750 mg cp</i>	1	
CANASA 1,000 MG SUPPOSITORY	1	
COLAZAL 750 MG CAPSULE	1	
DELZICOL DR 400 MG CAPSULE	1	QL (180 PER 30 DAYS)
DIPENTUM 250 MG CAPSULE	1	
LIALDA DR 1.2 GM TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine 4 gm/60 ml enema, 4 gm/60 ml kit, 1,000 mg supp</i>	1	
<i>mesalamine 800 mg dr tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine dr 400 mg capsule</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 286

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>mesalamine er 0.375 gram cap</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine er 500 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
PENTASA 250 MG CAPSULE	1	QL (480 PER 30 DAYS)
PENTASA 500 MG CAPSULE	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ROWASA 4 GM/60 ML ENEMA KIT	1	
SFROWASA 4 GM/60 ML ENEMA	1	
<i>sulfasalazine 500 mg tablet</i>	1	
<i>sulfasalazine dr 500 mg tab</i>	1	
Glucocorticoids		
<i>budesonide dr 3 mg capsule</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>budesonide ec 3 mg capsule</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>budesonide er 9 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone 100 mg/60 ml</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 287

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>procto-med hc -2.5% cream</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>procto-pak -1% cream</i>	1	
<i>proctosol-hc -2.5% cream</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>proctozone-hc -2.5% cream</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)

Metabolic Bone Disease Agents

<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>alendronate sodium 35 mg tab, 70 mg tab</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
AELVIA DR 35 MG TABLET	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>calcitonin-salmon -200 unit spr, -400 unit/2ml</i>	1	
<i>calcitriol 0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml ampul, 1 mcg/ml solution, 1 mcg/ml vial</i>	1	
<i>cinacalcet hcl 30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 288

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
FORTEO 600 MCG/2.4 ML PEN INJ	1	PA
FOSAMAX 70 MG TABLET	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	1	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>ibandronate sodium 3 mg/3 ml syringe, 3 mg/3 ml vial</i>	1	
MIACALCIN 400 UNIT/2 ML VIAL	1	
NATPARA 25 MCG CARTRIDGE, 50 MCG CARTRIDGE, 75 MCG CARTRIDGE, 100 MCG CARTRIDGE	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>paricalcitol 1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 2 mcg/ml vial, 4 mcg capsule, 5 mcg/ml vial, 10 mcg/2 ml vial</i>	1	
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE	1	PA
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	1	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 289

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>risedronate sodium 5 mg tablet, 30 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>risedronate sodium dr 35 mg tab</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
ROCALTROL 0.25 MCG CAPSULE, 0.5 MCG CAPSULE, 1 MCG/ML ORAL SOLN	1	
SENSIPAR 30 MG TABLET, 60 MG TABLET, 90 MG TABLET	1	PA
TERIPARATIDE TERIPARATIDE 620 MCG/2.48 ML, TERIPARATIDE 600 MCG/2.4ML PEN	1	PA
TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTR	1	PA
XGEVA 120 MG/1.7 ML VIAL	1	PA
ZEMPLAR 2 MCG/ML VIAL, 5 MCG/ML VIAL, 10 MCG/2 ML VIAL	1	
<i>zoledronic acid 4 mg/5 ml vial, 5 mg/100 ml</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 290

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Ophthalmic Agents

Ophthalmic Agents, Other

<i>atropine sulfate 1% eye drops</i>	1	
<i>brimonidine tartrate-timolol -0.2%-0.5%</i>	1	
COMBIGAN 0.2%-0.5% EYE DROPS	1	
COSOPT EYE DROPS	1	
CYSTADROPS CYSTA0.37% EYE	1	PA
CYSTARAN 0.44% EYE DROPS	1	PA
<i>dorzolamide-timolol -eye drops</i>	1	
MAXITROL EYE OINTMENT	1	
<i>neo-polycin hc -eye ointment</i>	1	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ---eye ointment</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth --dexamet ointm, --dexameth drop</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 291

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
RESTASIS 0.05% EYE EMULSION	1	QL (60 PER 30 DAYS)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05% EYE	1	QL (11 PER 30 DAYS)
<i>sulfacetamide-prednisolone -10-0.23% eye drops</i>	1	
TOBRADEX DROPS, OINTMENT	1	
<i>tobramycin-dexamethasone -ophth susp</i>	1	
Ophthalmic Anti-Infectives		
<i>ak-poly-bac --eye ointment</i>	1	
<i>bacitracin 500 unit/gm ophth</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin -eye oint</i>	1	
BESIVANCE 0.6% SUSP	1	
<i>ciprofloxacin hcl 0.3% eye drop</i>	1	
<i>erythromycin 0.5% eye ointment</i>	1	
<i>gentamicin sulfate 0.3% eye drop</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 292

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LACRISERT 5 MG EYE INSERT	1	
MOXEZA 0.5% EYE DROPS	1	
<i>moxifloxacin 0.5% drops, 0.5% drp-visc</i>	1	
NATACYN 5% EYE DROPS	1	
<i>neo-polycin -eye ointment</i>	1	
<i>neomycin-bacitracin- polymyxin --polymix eye oint</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin- gramicidin --eye drop</i>	1	
OCUFLOX 0.3% EYE DROPS	1	
<i>ofloxacin 0.3% eye drops</i>	1	
<i>polycin eye ointment</i>	1	
<i>polymyxin b sul- trimethoprim -tmp eye drops</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium 10% drops, 10% ointment</i>	1	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/12/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 293

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>trifluridine 1% eye drops</i>	1	
VIGAMOX 0.5% EYE DROPS	1	
Ophthalmic Anti-allergy Agents		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	1	
<i>cromolyn sodium 4% eye drops</i>	1	
<i>epinastine hcl 0.05% eye drops</i>	1	
<i>olopatadine hcl 0.1% drops, 0.2% drop</i>	1	
Ophthalmic Anti-inflammatories		
ACULAR 0.5% EYE DROPS	1	
ACULAR LS 0.4% OPTH SOL	1	
<i>bromfenac sodium 0.07%, 0.09%</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate 0.1% eye drop</i>	1	
<i>diclofenac sodium 0.1% eye drops</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 294

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>difluprednate 0.05% eye drop</i>	1	
DUREZOL 0.05% EYE DROPS	1	
EYSUVIS 0.25% EYE DROPS	1	PA
<i>fluorometholone 0.1% eye drop</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium 0.03% eye drop</i>	1	
FML LIQUIFILM 0.1% EYE DROP	1	
ILEVRO 0.3% OPHTH DROPS	1	
INVELTYS 1% EYE DROP	1	
<i>ketorolac tromethamine 0.4%, 0.5%</i>	1	
PRED FORTE 1% EYE DROPS	1	
PRED MILD 0.12% EYE DROPS	1	
<i>prednisolone acetate 1% eye drop</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 295

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>prednisolone sodium phosphate 1% eye drop</i>	1	
PROLENSA 0.07% EYE DROPS	1	
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
<i>betaxolol hcl 0.5% eye drop</i>	1	
BETOPTIC S 0.25% DROP, 0.25% DROP	1	
<i>carteolol hcl 1% eye drops</i>	1	
ISTALOL 0.5% EYE DROPS	1	
<i>levobunolol hcl 0.5% eye drops</i>	1	
<i>timolol maleate 0.25% gel-solution, maleate 0.25% eye drop, 0.5% eye drop, 0.5% gel-solution, 0.5% gfs gel-solution, maleate 0.5% eye drop, maleate 0.5% eye drops</i>	1	
TIMOPTIC 0.25% DROP, 0.5% DROP	1	
TIMOPTIC OCUDOSE 0.25% DROP, 0.5% DROP	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 296

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other

ALPHAGAN P ALHAGAN 0.1% DROS, ALHAGAN 0.15% EYE DROS	1	
AZOPT 1% EYE DROPS	1	
<i>brimonidine tartrate tartrate 0.1% drop, tartrate 0.15% drp, 0.2% eye drop</i>	1	
<i>brinzolamide 1% eye drops</i>	1	
<i>dorzolamide hcl 2% eye drops</i>	1	
<i>pilocarpine hcl 1% drops, 2% drops, 4% drops</i>	1	
RHOPRESSA 0.02% OPHTH SOLUTION	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
ROCKLATAN 0.02%- 0.005% EYE DRP	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
SIMBRINZA 1%-0.2% DROP, 1%-0.2% DROPS	1	

Ophthalmic Prostaglandin and Prostamide Analogs

<i>bimatoprost 0.03% eye drops</i>	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
--	---	-----------------------------

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 297

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>latanoprost 0.005% eye drops</i>	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
LUMIGAN 0.01% EYE DROPS	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
TRAVATAN Z 0.004% EYE DROP	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
<i>travoprost 0.004% eye drop</i>	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)

Otic Agents

<i>acetic acid 2% ear solution</i>	1	
CIPRODEX OTIC SUSPENSION	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone -otic susp</i>	1	
<i>flac otic oil 0.01% ear drop</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01% ear drp</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid hydrocortison-acid soln, hydrocortisone-ear drop</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc -- ear susp</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hydrocort --hc ear soln</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 298

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

<i>ofloxacin 0.3% ear drops</i>	1	
---------------------------------	---	--

Respiratory Tract/ Pulmonary Agents

Anti-inflammatory, Inhaled Corticosteroids

ARNUITY ELLIPTA 50 MCG, 100 MCG, 200 MCG	1	QL (30 PER 30 DAYS)
--	---	---------------------

ASMANEX HFA HFA 50 MCG INHALER, HFA 100 MCG INHALER, HFA 200 MCG INHALER	1	QL (13 PER 30 DAYS)
--	---	---------------------

ASMANEX TWISTHALER 110 MCG #30, TWISTHALER 220 MCG #14, TWISTHALER 220 MCG #30, TWISTHALER 220 MCG #60, TWISTHALR 220 MCG #120	1	QL (1 PER 30 DAYS)
--	---	--------------------

<i>budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml inh</i>	1	PA
--	---	----

<i>flunisolide 0.025% spray</i>	1	QL (75 PER 30 DAYS)
---------------------------------	---	---------------------

<i>fluticasone propionate 50 mcg spray</i>	1	QL (16 PER 30 DAYS)
--	---	---------------------

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>fluticasone propionate hfa 110 mcg</i>	1	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate hfa 220 mcg</i>	1	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate hfa 44 mcg</i>	1	QL (10.6 PER 30 DAYS)
<i>mometasone furoate 50 mcg spry</i>	1	QL (34 PER 30 DAYS)
QVAR REDIHALER 40 MCG	1	QL (10.6 PER 30 DAYS)
QVAR REDIHALER 80 MCG	1	QL (21.2 PER 30 DAYS)
XHANCE 93 MCG NASAL SPRAY	1	QL (32 PER 30 DAYS)
Antihistamines		
<i>azelastine hcl 0.1% (137 mcg) spry, 0.15% nasal spray</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>clemastine fumarate 2.68 mg tablet</i>	1	PA
<i>cyproheptadine hcl 2 mg/5 ml soln, 2 mg/5 ml syrup, 4 mg tablet, 4 mg/10 ml syrps</i>	1	PA
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 300

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>diphenhydramine hcl 50 mg/ml crpjt, 50 mg/ml syrng, 50 mg/ml vial</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tablet</i>	1	
<i>olopatadine hcl 665 mcg nasal spry</i>	1	QL (30.5 PER 30 DAYS)
Antileukotrienes		
ACCOLATE 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	
<i>montelukast sodium 4 mg granules, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew, 10 mg tablet</i>	1	
SINGULAIR 4 MG GRANULES, 4 MG TABLET CHEW, 5 MG TABLET CHEW, 10 MG TABLET	1	
<i>zafirlukast 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT HFA 17 MCG INHALER	1	QL (25.8 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 301

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG INH	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.02% soln</i>	1	PA
<i>ipratropium bromide 0.03% spray</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06% spray</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG, 2.5 MCG	1	QL (4 PER 30 DAYS)

Bronchodilators, Sympathomimetic

<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proair hfa)</i>	1	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proventil hfa)</i>	1	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, 2.5 mg/0.5 ml sol, sul 2.5 mg/3 ml soln, 5 mg/ml solution, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 302

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>albuterol sulfate sulf 2 mg/5 ml syrup, sulfate 2 mg tab, sulfate 4 mg tab</i>	1	
<i>epinephrine 0.15 mg -injt, 0.3 mg -inject</i>	1	
PROAIR HFA 90 MCG INHALER	1	QL (36 PER 30 DAYS)
PROAIR RESPICLICK 90 MCG INHLR	1	QL (2 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	
VENTOLIN HFA 90 MCG INHALER	1	QL (36 PER 30 DAYS)
XOPENEX HFA 45 MCG INHALER	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Cystic Fibrosis Agents		
KALYDECO 5.8 MG GRANULES PKT, 13.4 MG GRANULES PKT, 25 MG GRANULES PACKET, 50 MG GRANULES PACKET, 75 MG GRANULES PACKET, 150 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET, 200 MG-125 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ORKAMBI 75-94 MG GRANULE PKT, 100-125 MG GRANULE PKT, 150-188 MG GRANULE PKT	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
PULMOZYME 1 MG/ML AMPUL	1	PA
<i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule</i>	1	PA
TRIKAFTA 50-25-37.5 MG/75 MG, 100-50-75 MG/150 MG	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT, 100-50-75 MG/75MG PKT	1	Trikafta PA, QL (60 PER 30 DAYS)
Mast Cell Stabilizers		
<i>cromolyn sodium 20 mg/2 ml neb soln</i>	1	PA
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
<i>caffeine citrate 60 mg/3 ml oral</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 304

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
DALIRESP 250 MCG TABLET, 500 MCG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>roflumilast 250 mcg tablet, 500 mcg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
THEO-24 -24 ER 100 MG CAPSULE, -24 ER 200 MG CAPSULE, -24 ER 300 MG CAPSULE, -24 ER 400 MG CAPSULE	1	
<i>theophylline anhydrous er 300 mg tab, er 450 mg tab</i>	1	
<i>theophylline er er 300 mg tablet, er 400 mg tablet, er 450 mg tablet, er 600 mg tablet</i>	1	
Pulmonary Antihypertensives		
ADCIRCA 20 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ADEMPAS 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 1.5 MG TABLET, 2 MG TABLET, 2.5 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>alyq 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ambrisentan 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>bosentan 62.5 mg tablet, 125 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LETAIRIS 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OPSUMIT 10 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
REMODULIN 1 MG/ML VIAL, 2.5 MG/ML VIAL, 5 MG/ML VIAL, 10 MG/ML VIAL	1	Part D vs Part B
<i>sildenafil citrate 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>tadalafil 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TRACLEER 62.5 MG TABLET, 125 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>treprostinil 20 mg/20 ml vial, 50 mg/20 ml vial, 100 mg/20 ml vial, 200 mg/20 ml vial</i>	1	Part D vs Part B

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 306

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
VENTAVIS 10 MCG/1 ML SOLUTION, 20 MCG/1 ML SOLUTION	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
Pulmonary Fibrosis Agents		
ESBRIET 267 MG CAPSULE, 267 MG TABLET	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
ESBRIET 801 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
OFEV 100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pirfenidone 267 mg capsule, 267 mg tablet</i>	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
<i>pirfenidone 801 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Respiratory Tract Agents, Other		
<i>acetylcysteine 10% vial, 20% vial</i>	1	PA
ADVAIR HFA HFA 45-21 MCG INHALER, HFA 115-21 MCG INHALER, HFA 230-21 MCG INHALER	1	QL (12 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 307

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG INH	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA 50-25 MCG INHALER, 100-25 MCG INHALR, 200-25 MCG INHALR	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>breynga 80-4.5 mcg, 160-4.5 mcg</i>	1	QL (30.9 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE INHALER	1	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate -80-4.5, -160-4.5</i>	1	QL (30.9 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG	1	QL (8 PER 30 DAYS)
DULERA 50 MCG-5 MCG INHALER, 100 MCG-5 MCG INHALER, 200 MCG-5 MCG INHALER	1	QL (39 PER 30 DAYS)
FASENRA 10 MG/0.5 ML SYRINGE	1	Fasenra PA
FASENRA 30 MG/ML SYRINGE	1	PA
FASENRA PEN 30 MG/ML	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 308

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>fluticasone-salmeterol -100-50, -250-50, -500-50</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol -55-14, -113-14, -232-14</i>	1	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium-albuterol -0.5-3(2.5) mg/3 ml</i>	1	PA
LAGEVRIO (COMMERCIAL)	1	QL (40 PER 30 OVER TIME)
LAGEVRIO (USG DIST.)	1	
ORALAIR 300 IR ADULT SAMPLE KT, 300 IR STARTER PACK, 300 IR SUBLINGUAL TAB	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
PAXLOVID 150-100 MG DOSE PACK	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	1	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>ribavirin 6 gm inhalation vial</i>	1	
STIOLTO RESPIMAT INHAL SPRAY, INHALER (10), INHALER (60)	1	QL (4 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 309

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25, 200-62.5-25	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>wixela inhub 100, 250, 500</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Skeletal Muscle Relaxants		
<i>cyclobenzaprine hcl 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	
<i>methocarbamol 500 mg tablet, 750 mg tablet</i>	1	
Sleep Disorder Agents		
Sleep Promoting Agents		
BELSOMRA 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAYVIGO 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>doxepin hcl 3 mg tablet, 6 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
HETLIOZ 20 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 y 310

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ramelteon 8 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ROZEREM 8 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SILENOR 3 MG TABLET, 6 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tasimelteon 20 mg capsule</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>temazepam 15 mg capsule, 30 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Wakefulness Promoting Agents		
<i>armodafinil 50 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LUMRYZ ER 4.5 GM PACKET, ER 6 GM PACKET, ER 7.5 GM PACKET, ER 9 GM PACKET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LUMRYZ STARTER PACK 4.5-6-7.5 GM PK	1	PA, QL (28 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 16 311

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>modafinil 100 mg tablet, 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
NUVIGIL 50 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sodium oxybate 0.5 g/ml soln</i>	1	PA, QL (540 PER 30 DAYS)

Índice de medicamentos

A

abacavir.....	138,139	AFINITOR.....	96
abacavir-lamivudine.....	139	AFINITOR DISPERZ.....	96
ABILIFY.....	125	afirmelle.....	248
ABILIFY ASIMTUFII.....	125	AGRYLIN.....	168
ABILIFY MAINTENA.....	126	AIMOVIG.....	
abiraterone acetate.....	83	AUTOINJECTOR.....	77
ABRAXANE.....	87	ak-poly-bac.....	292
ABRYSVO.....	280	AKEEGA.....	96
acamprosate calcium.....	29	ALA-CORT.....	213
acarbose.....	151	ala-cort.....	213
ACCOLATE.....	301	albendazole.....	118
ACCUPRIL.....	176	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic ProAir HFA).....	302
ACCURETIC.....	187	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic Proventil HFA).....	302
accutane.....	211	albuterol sulfate.....	302,303
acebutolol hcl.....	180	alclometasone dipropionate.....	214
acetaminophen-codeine.....	24	ALDACTAZIDE.....	187
acetazolamide.....	187	ALDACTONE.....	196
acetazolamide er.....	187	ALDURAZYME.....	234
acetic acid.....	298	ALECENSA.....	96
acetylcysteine.....	307	alendronate sodium.....	288
acitretin.....	211	alfuzosin hcl er.....	240
ACTHAR.....	241	ALIMTA.....	87
ACTHAR SELFJECT.....	242	ALIQOPA.....	96
ACTHIB.....	281	aliskiren.....	187
ACTIMMUNE.....	274	allopurinol.....	76
ACTOS.....	151	allopurinol sodium.....	76
ACULAR.....	294	ALOPRIM.....	76
ACULAR LS.....	294	alose tron hcl.....	229
acyclovir.....	148	ALPHAGAN P.....	297
acyclovir sodium.....	148	alprazolam.....	149
ADACEL TDAP.....	281	ALTACE.....	176
ADCETRIS.....	113	altavera.....	248
ADCIRCA.....	305	ALUNBRIG.....	96
ADDERALL XR.....	203	alyacen.....	248
adefovir dipivoxil.....	146	ALYMSYS.....	113
ADEMPAS.....	305	alyq.....	306
ADLARITY.....	59	amabelz.....	249
adriamycin.....	87		
ADVAIR HFA.....	307		

amantadine.....	120	APTIOM.....	56
AMBISOME.....	73	APTIVUS.....	143
ambrisentan.....	306	aqua care sodium chloride.....	220
amethia.....	249	aranelle.....	249
amethyst.....	249	ARANESP.....	169
amikacin sulfate.....	31	ARCALYST.....	271
amiloride hcl.....	196	AREXVY.....	281
amiloride- hydrochlorothiazide.....	188	ARICEPT.....	59
amiodarone hcl.....	178	ARIMIDEX.....	94
amitriptyline hcl.....	69	aripiprazole.....	126
amlodipine besylate.....	183	aripiprazole odt.....	126
amlodipine besylate- benazepril.....	188	ARISTADA.....	126
amlodipine-atorvastatin.....	188	ARISTADA INITIO.....	126
amlodipine-olmesartan.....	188	armodafinil.....	311
amlodipine-valsartan.....	188	ARNUITY ELLIPTA.....	299
amlodipine-valsartan-hctz.....	188	AROMASIN.....	95
ammonium lactate.....	214	ARRANON.....	87
amnesteem.....	211	arsenic trioxide.....	87
amoxapine.....	69	ARTHROTEC 50.....	18
amoxicillin.....	39	ARTHROTEC 75.....	18
amoxicillin-clavulanate pot er.....	40	ARZERRA.....	113
amoxicillin-clavulanate potass.....	40	ASACOL HD.....	285
amphotericin b.....	73	asenapine maleate.....	126
amphotericin b liposome.....	73	ashlyna.....	249
ampicillin sodium.....	40	ASMANEX.....	299
ampicillin trihydrate.....	40	ASMANEX HFA.....	299
ampicillin-sulbactam.....	40	ASPARLAS.....	87
AMPYRA.....	208	aspirin-dipyridamole er.....	171
anagrelide hcl.....	168	ASTAGRAF XL.....	275
anastrozole.....	94	ATACAND.....	174
ANDROGEL.....	245	ATACAND HCT.....	188
ANORO ELLIPTA.....	308	atazanavir sulfate.....	143
APOKYN.....	121	ATELVIA.....	288
apomorphine hcl.....	121	atenolol.....	180
aprepitant.....	72	atenolol-chlorthalidone.....	189
apri.....	249	ATGAM.....	270
APRISO.....	285	atomoxetine hcl.....	205
		atorvastatin calcium.....	198
		atovaquone.....	119
		atovaquone-proguanil hcl.....	119
		atropine sulfate.....	291

ATROVENT HFA.....	301
aubra.....	249
aubra eq.....	249
AUGMENTIN.....	40
AUGTYRO.....	97
aurovela.....	249
aurovela 24 fe.....	249
aurovela fe.....	249
AURYXIA.....	226
AUSTEDO.....	207
AUSTEDO XR.....	207
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	207
AUVELITY.....	61
AVALIDE.....	189
AVAPRO.....	174
AVASTIN.....	113
aviane.....	249
avidoxy.....	46
AVITA.....	212
AVODART.....	240
AVONEX.....	208
AVONEX PEN.....	208
AYGESTIN.....	259
ayuna.....	249
AYVAKIT.....	97
azacitidine.....	87
AZACTAM.....	32
AZASAN.....	275
azathioprine.....	275
azathioprine sodium.....	275
azelaic acid.....	212
azelastine hcl.....	294,300
AZELEX.....	212
AZILECT.....	123
azithromycin.....	42
AZOPT.....	297
AZOR.....	189
aztreonam.....	32
AZULFIDINE.....	286
azurette.....	259

B

bacitracin.....	292
bacitracin-polymyxin.....	292
baclofen.....	135
BACTRIM.....	45
BACTRIM DS.....	45
balsalazide disodium.....	286
BALVERSA.....	97
balziva.....	249
BANZEL.....	56
BAQSIMI.....	159
BARACLUDE.....	146
BAVENCIO.....	113
BCG VACCINE (TICE STRAIN).....	281
BELBUCA.....	22
BELEODAQ.....	97
BELSOMRA.....	310
benazepril hcl.....	176
benazepril- hydrochlorothiazide.....	189
bendamustine hcl.....	87
BENDEKA.....	87
BENICAR.....	174
BENICAR HCT.....	189
BENLYSTA.....	271
BENZAMYCIN.....	212
benznidazole.....	118
benztropine mesylate.....	121
BESIVANCE.....	292
BESPONSA.....	113
BESREMI.....	274
betaine anhydrous.....	234
betamethasone diprop augmented.....	214
betamethasone dipropionate.....	214
betamethasone valerate.....	214
BETASERON.....	208
betaxolol hcl.....	180,296

bethanechol chloride.....	241	budesonide-formoterol	
BETOPTIC S.....	296	fumarate.....	308
bexarotene.....	118	bumetanide.....	196
BEXSERO.....	281	BUPHENYL.....	234
bicalutamide.....	83	buprenorphine.....	22
BICILLIN L-A.....	40	buprenorphine hcl.....	29
BICNU.....	88	buprenorphine-naloxone.....	29
BIKTARVY.....	136	bupropion hcl.....	61
BILTRICIDE.....	119	bupropion hcl sr.....	31,61
bimatoprost.....	297	bupropion hcl sr 150mg	
bismuth-metronidazole-		tablet.....	61
tetracyc.....	230	bupropion xl.....	61,62
bisoprolol fumarate.....	180	buspironone hcl.....	149
bisoprolol-		busulfan.....	81
hydrochlorothiazide.....	189	butalbital-acetaminophen.....	18
BLENREP.....	113	butalbital-acetaminophen-	
bleomycin sulfate.....	88	caffe.....	18
BLINCYTO.....	88	butalbital-aspirin-caffeine.....	18
blisovi 24 fe.....	249	butorphanol tartrate.....	24
blisovi fe.....	249	BUTRANS.....	23
BOOSTRIX TDAP.....	281	BYDUREON BCISE.....	152
bortezomib.....	97	BYETTA.....	152
bosentan.....	306	BYSTOLIC.....	180
BOSULIF.....	97,98	C	
BRAFTOVI.....	98	CABENUVA.....	136
BREO ELLIPTA.....	308	cabergoline.....	266
breyna.....	308	CABLIVI.....	171
BREZTRI AEROSPHERE.....	308	CABOMETYX.....	98
briellyn.....	250	caffeine citrate.....	304
BRILINTA.....	171	calcipotriene.....	218
brimonidine tartrate.....	297	calcitonin-salmon.....	288
brimonidine tartrate-timolol.....	291	calcitrene.....	218
brinzolamide.....	297	calcitriol.....	288
BRIVIACT.....	47	calcium acetate.....	226
bromfenac sodium.....	294	CALQUENCE.....	98
bromocriptine mesylate.....	121	camila.....	259
BRUKINSA.....	98	camrese.....	250
budesonide.....	299	camrese lo.....	250
budesonide dr.....	287	CANASA.....	286
budesonide ec.....	287	CANCIDAS.....	73
budesonide er.....	287		

candesartan cilexetil.....	174	cefoxitin.....	38
candesartan- hydrochlorothiazid.....	189	cefoxitin sodium.....	38
CAPLYTA.....	127	cefpodoxime proxetil.....	38
CAPRELSA.....	98	cefprozil.....	38
captopril.....	176	ceftazidime.....	38
CARAFATE.....	232	ceftriaxone.....	38
CARBAGLU.....	220	cefuroxime.....	39
carbamazepine.....	56	cefuroxime sodium.....	39
carbamazepine er.....	57	CELEBREX.....	18,19
CARBATROL.....	57	celecoxib.....	19
carbidopa.....	122	CELEXA.....	64
carbidopa-levodopa.....	122	CELLCEPT.....	275
carbidopa-levodopa er.....	122	CELONTIN.....	51
carbidopa-levodopa- entacapone.....	121	cephalexin.....	39
carboplatin.....	88	CEREZYME.....	235
CARDIZEM.....	184	cevimeline hcl.....	210
CARDIZEM CD.....	184	chateal.....	250
CARDIZEM LA.....	184	chateal eq.....	250
CARDURA.....	173	CHEMET.....	224
carglumic acid.....	220	CHENODAL.....	230
carmustine.....	88	chloramphenicol sod succinate.....	32
CARNITOR.....	234	chlorhexidine gluconate.....	210
CARNITOR SF.....	235	chloroquine phosphate.....	119
carteolol hcl.....	296	chlorpromazine hcl.....	71
cartia xt.....	184	chlorthalidone.....	197
carvedilol.....	180	cholestyramine.....	200
carvedilol er.....	180	cholestyramine light.....	199
CASODEX.....	83	CHORIONIC GONADOTROPIN.....	244
casopofungin acetate.....	73	ciclodan.....	73
cataflam.....	18	ciclopirox.....	73
cefaclor.....	37	cidofovir.....	145
cefadroxil.....	37	cilostazol.....	172
cefazolin sodium.....	37	CIMDUO.....	139
cefazolin sodium-dextrose.....	37	cimetidine.....	232
cefdinir.....	37	cinacalcet hcl.....	288
cefepime.....	37	CINRYZE.....	269
cefepime hcl.....	37	CIPRO.....	44
cefepime-dextrose.....	38	CIPRODEX.....	298
cefixime.....	38	ciprofloxacin.....	45

ciprofloxacin hcl.....	45,292	CLOZARIL.....	135
ciprofloxacin-d5w.....	45	COARTEM.....	119
ciprofloxacin-		codeine sulfate.....	24
dexamethasone.....	298	COLAZAL.....	286
cisplatin.....	88	colchicine.....	76
citalopram hbr.....	64	COLCRYS.....	77
cladribine.....	88	COLESTID.....	200
claravis.....	212	colestipol hcl.....	200
clarithromycin.....	43	colistimethate.....	34
clarithromycin er.....	43	COMBIGAN.....	291
clemastine fumarate.....	300	COMBIPATCH.....	250
CLEOCIN.....	32	COMBIVENT RESPIMAT.....	308
CLEOCIN HCL.....	33	COMETRIQ.....	98
CLEOCIN PHOSPHATE.....	33	COMPLERA.....	139
CLEOCIN T.....	33	compro.....	71
clindacin etz.....	33	COMTAN.....	121
clindacin p.....	33	constulose.....	228
clindamycin (pediatric).....	33	COPAXONE.....	208
clindamycin hcl.....	33	COPIKTRA.....	98
clindamycin phosphate.....	33	COREG CR.....	180
clindamycin phosphate-d5w.....	34	CORGARD.....	181
clindamycin-0.9% nacl.....	34	CORLANOR.....	190
clindamycin-benzoyl		CORTEF.....	242
peroxide.....	212	COSELA.....	118
clobazam.....	52,53	COSENTYX (2	
clobetasol emollient.....	214	SYRINGES).....	271
clobetasol propionate.....	214,215	COSENTYX SENSOREADY	
clodan.....	215	(2 PENS).....	271
clofarabine.....	88	COSENTYX SENSOREADY	
CLOLAR.....	88	PEN.....	271
clomipramine hcl.....	69	COSENTYX SYRINGE.....	271
clonazepam.....	149	COSENTYX UNOREADY	
clonidine.....	172	PEN.....	272
clonidine hcl.....	172	COSMEGEN.....	88
clonidine hcl er.....	205	COSOPT.....	291
clopidogrel.....	172	COTELLIC.....	99
clorazepate dipotassium.....	149,150	COZAAR.....	174
clotrimazole.....	73	CREON.....	235
clotrimazole-betamethasone.....	218	CRESEMBA.....	74
clozapine.....	134,135	CRESTOR.....	198
clozapine odt.....	135	cromolyn sodium.....	235,294,304

cryselle.....	250	dapsone.....	80
CRYSVITA.....	235	DAPTACEL DTAP.....	281
CUBICIN.....	34	daptomycin.....	34
CUBICIN RF.....	34	DARAPRIM.....	119
cyclobenzaprine hcl.....	310	darifenacin er.....	238
cyclophosphamide.....	81,82	darunavir.....	143
cycloserine.....	80	DARZALEX.....	113
CYCLOSET.....	152	DARZALEX FASPRO.....	113
cyclosporine.....	275	dasatinib.....	99
cyclosporine modified.....	275	dasetta.....	250
CYKLOKAPRON.....	171	daunorubicin hcl.....	89
CYLTEZO(CF).....	276	DAURISMO.....	99
CYLTEZO(CF) PEN.....	276	DAYPRO.....	19
CYLTEZO(CF) PEN.....		daysee.....	250
CROHN'S-UC-HS.....	276	DAYVIGO.....	310
CYLTEZO(CF) PEN.....		DDAVP.....	244
PSORIASIS-UV.....	276	deblitane.....	260
CYMBALTA.....	64	decadron.....	242
cyproheptadine hcl.....	300	decitabine.....	89
CYRAMZA.....	99	deferasirox.....	224
cyred.....	250	DELSTRIGO.....	137
cyred eq.....	250	DELZICOL.....	286
CYSTADANE.....	235	demeclocycline hcl.....	46
CYSTADROPS.....	291	DEMSEK.....	190
CYSTAGON.....	235	DENGVAXIA.....	281
CYSTARAN.....	291	DEPAKOTE.....	47
cytarabine.....	88	DEPAKOTE ER.....	47
CYTOMEL.....	262	DEPAKOTE SPRINKLE.....	47
CYTOTEC.....	232	DEPEN.....	241
D		DEPO-ESTRADIOL.....	246
dabigatran etexilate.....	165	DEPO-PROVERA.....	260
dacarbazine.....	88	DEPO-SUBQ PROVERA.....	
dactinomycin.....	89	104.....	260
dalfampridine er.....	209	DEPO-TESTOSTERONE.....	245
DALIRESP.....	305	dermacinrx lidocan.....	27
DALVANCE.....	34	DESCOVY.....	139
danazol.....	245	desipramine hcl.....	69
DANTRIUM.....	136	desloratadine.....	300
dantrolene sodium.....	136	desmopressin acetate.....	244
DANYELZA.....	113	desogestr-eth estrad eth.....	
		estra.....	250

desogestrel-ethinyl estradiol	250	difluprednate	295
desonide	215	digitek	190
desoximetasone	215	digox	190
desvenlafaxine succinate er	64	digoxin	190
DETROL	238	dihydroergotamine mesylate	77
DETROL LA	239	DILANTIN	57
dexamethasone	242	DILANTIN-125	57
dexamethasone sodium phosphate	242,294	dilt-xr	184
DEXEDRINE	203	diltiazem 12hr er	185
dexmethylphenidate hcl	205	diltiazem 24hr er	185
dexrazoxane	118	diltiazem 24hr er (cd)	185
dextroamphetamine		diltiazem 24hr er (la)	185
sulfate	203,204	diltiazem 24hr er (xr)	185
dextroamphetamine sulfate er	204	diltiazem hcl	185
dextroamphetamine-amphet er	204	dimethyl fumarate	209
dextroamphetamine-amphetamine	204	DIOVAN	175
dextrose 2.5%-0.45% nacl	220	DIOVAN HCT	190
dextrose 5%-0.2% nacl	220	DIPENTUM	286
dextrose 5%-0.225% nacl	221	diphenhydramine hcl	301
dextrose 5%-0.3% nacl	221	diphenoxylate-atropine	229
dextrose 5%-0.33% nacl	221	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	281
dextrose 5%-0.45% nacl	221	DIPROLENE	215
dextrose 5%-0.9% nacl	221	dipyridamole	172
dextrose in lactated ringers	221	disulfiram	29
dextrose in water	225	divalproex sodium	48
DIACOMIT	48	divalproex sodium er	48
diazepam	53,150	DIVIGEL	246
diazoxide	159	docetaxel	89
diclofenac potassium	19	dofetilide	178
diclofenac sodium	19,218,294	dolishale	250
diclofenac sodium er	19	donepezil hcl	59
diclofenac sodium-misoprostol	19,20	donepezil hcl odt	60
dicloxacillin sodium	41	dorzolamide hcl	297
dicyclomine hcl	229	dorzolamide-timolol	291
DIFICID	43	dotti	246
DIFLUCAN	74	DOVATO	136
		doxazosin mesylate	173
		doxepin hcl	70,215,310
		doxorubicin hcl	89
		doxorubicin hcl liposome	89

doxy 100.....	46	ELITEK.....	118
doxycycline hyclate.....	46	eluryng.....	251
doxycycline ir-dr.....	212	EMCYT.....	85
doxycycline monohydrate.....	46	EMEND.....	72
DRIZALMA SPRINKLE.....	64	EMGALITY PEN.....	77
dronabinol.....	72	EMGALITY SYRINGE.....	77,78
drospirenone-eth estra- levomef.....	250	emoquette.....	251
drospirenone-ethinyl estradiol.....	251	EMPLICITI.....	113
droxidopa.....	172	EMSAM.....	63
DUAVEE.....	261	emtricitabine.....	139
DULERA.....	308	emtricitabine-tenofovir disop.....	139
duloxetine hcl.....	65	EMTRIVA.....	139
DUPIXENT PEN.....	272	emzahn.....	260
DUPIXENT SYRINGE.....	272	enalapril maleate.....	176
DURAMORPH.....	24	enalapril- hydrochlorothiazide.....	191
DUREZOL.....	295	ENBREL.....	276
dutasteride.....	240	ENBREL MINI.....	276
dutasteride-tamsulosin.....	240	ENBREL SURECLICK.....	276
E		ENDARI.....	236
E.E.S. 200.....	43	endocet.....	24,25
ec-naproxen.....	20	ENGERIX-B ADULT.....	281
econazole nitrate.....	74	ENGERIX-B PEDIATRIC- ADOLESCENT.....	281
EDARBI.....	175	ENHERTU.....	114
EDARBYCLOR.....	190	enilloring.....	259
EDURANT.....	137	enoxaparin sodium.....	165,166
efavirenz.....	137	enpresse.....	251
efavirenz-emtric-tenofov disop.....	137	enskyce.....	251
efavirenz-lamivu-tenofov disop.....	138	entacapone.....	121
EFFEXOR XR.....	65	entecavir.....	146
EFUDEX.....	218	ENTRESTO.....	191
ELAPRASE.....	235	ENTRESTO SPRINKLE.....	191
ELELYSO.....	235	enulose.....	228
ELIDEL.....	215	EPCLUSA.....	146
ELIGARD.....	266	EPIDIOLEX.....	48
elinest.....	251	epinastine hcl.....	294
ELIQUIS.....	165	epinephrine.....	303
		epitol.....	57
		EPIVIR.....	139

eplerenone.....	197	ethosuximide.....	51
EPRONTIA.....	48	ethynodiol-ethinyl estradiol.....	251
EPZICOM.....	140	etodolac.....	20
ERBITUX.....	114	etodolac er.....	20
ergotamine-caffeine.....	78	etonogestrel-ethinyl	
eribulin mesylate.....	89	estradiol.....	251
ERIVEDGE.....	99	ETOPOPHOS.....	95
ERLEADA.....	83	etoposide.....	95
erlotinib hcl.....	99	etravirine.....	138
errin.....	260	EULEXIN.....	83
ertapenem.....	42	EUTHYROX.....	262
ER VEBO (NATIONAL		everolimus.....	99,100,276
STOCKPILE).....	282	EVISTA.....	261
ery.....	43	EVOMELA.....	82
ERY-TAB.....	43	EVOTAZ.....	143
ERYPED 200.....	43	EXELON.....	60
ERYPED 400.....	43	exemestane.....	95
ERYTHROCIN		EXFORGE.....	191
LACTOBIONATE.....	43	EXFORGE HCT.....	191
ERYTHROCIN		EXJADE.....	224
STEARATE.....	43	EXKIVITY.....	100
erythromycin.....	44,292	EXTENCILLINE.....	41
erythromycin ethylsuccinate.....	44	EYSUVIS.....	295
erythromycin lactobionate.....	44	ezetimibe.....	200
erythromycin-benzoyl		ezetimibe-simvastatin.....	200
peroxide.....	212	F	
ESBRIET.....	307	FABRAZYME.....	236
escitalopram oxalate.....	65	falmina.....	251
ESGIC.....	18	famciclovir.....	148
esomeprazole magnesium.....	233	famotidine.....	232
esomeprazole sodium.....	233	FANAPT.....	127
estarylla.....	251	FARESTON.....	85
ESTRACE.....	247	FARXIGA.....	152
estradiol.....	247	FARYDAK.....	100
estradiol (once weekly).....	247	FASENRA.....	308
estradiol (twice weekly).....	247	FASENRA PEN.....	308
estradiol valerate.....	247	FASLODEX.....	85
estradiol-norethindrone		felbamate.....	48
acetat.....	251	FELDENE.....	20
ESTRING.....	247	felodipine er.....	183
ethambutol hcl.....	80		

FEMARA.....	95	FML.....	295
femynor.....	251	FOCALIN.....	205
fenofibrate.....	197,198	FOLOTYN.....	86
fenofibric acid.....	198	fomepizole.....	225
fentanyl.....	23	fondaparinux sodium.....	166
fentanyl citrate.....	25	FORTEO.....	289
fesoterodine fumarate er.....	239	FOSAMAX.....	289
FETZIMA.....	65	fosamprenavir calcium.....	143
FINACEA.....	212	fosaprepitant dimeglumine.....	72
finasteride.....	240	fosinopril sodium.....	176
fingolimod.....	209	fosinopril-	
FINTEPLA.....	48	hydrochlorothiazide.....	191
FIRAZYR.....	269	fosphenytoin sodium.....	57
FIRMAGON.....	266	FOSRENOL.....	226
flac otic oil.....	298	FOTIVDA.....	100
FLAGYL.....	34	FRUZAQLA.....	100
flecainide acetate.....	178	FULPHILA.....	169
FLOMAX.....	240	fulvestrant.....	85
fluconazole.....	74	furosemide.....	196
fluconazole-nacl.....	74	FUZEON.....	142
flucytosine.....	74	FYCOMPA.....	48
fludarabine phosphate.....	89	G	
fludrocortisone acetate.....	242	gabapentin.....	53
flunisolide.....	299	GABITRIL.....	53
fluocinolone acetonide.....	215	galantamine er.....	60
fluocinolone acetonide oil.....	298	galantamine hbr.....	60
fluocinonide.....	216	galantamine hydrobromide.....	60
fluocinonide-e.....	216	GAMMAGARD LIQUID.....	270
fluorometholone.....	295	GAMMAGARD S-D.....	270
fluorouracil.....	86,218	GAMMAPLEX.....	270
fluoxetine dr.....	65	GAMUNEX-C.....	270
fluoxetine hcl.....	65,66	ganciclovir sodium.....	145
fluphenazine decanoate.....	123	GARDASIL 9.....	282
fluphenazine hcl.....	124	GATTEX.....	230
flurbiprofen.....	20	GAUZE PADS &	
flurbiprofen sodium.....	295	DRESSINGS - PADS 2 X 2	152
fluticasone propionate.....	216,299	gavilyte-c.....	230
fluticasone propionate hfa.....	300	gavilyte-g.....	230
fluticasone-salmeterol.....	309	gavilyte-n.....	230
fluvastatin sodium.....	198	GAVRETO.....	100
fluvoxamine maleate.....	66		

GAZYVA.....	114	GVOKE.....	160
gefitinib.....	100	GVOKE HYPOPEN 1- PACK.....	160
gemcitabine hcl.....	89	GVOKE HYPOPEN 2- PACK.....	160
gemfibrozil.....	198	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	160
gemmily.....	251	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE.....	160
GEMTESA.....	239	H	
generlac.....	228	HADLIMA.....	277
gengraf.....	276	HADLIMA PUSH TOUCH.....	277
gentamicin sulfate.....	32,219,292	HADLIMA(CF).....	277
gentamicin sulfate in ns.....	31	HADLIMA(CF) PUSH TOUCH.....	277
GENVOYA.....	136	HAEGARDA.....	269
GEODON.....	127	hailey.....	251
GILENYA.....	209	hailey 24 fe.....	252
GILOTRIF.....	100	hailey fe.....	252
glatiramer acetate.....	209	HALAVEN.....	90
glatopa.....	209	HALDOL DECANOATE 100.....	124
GLEEVEC.....	100,101	HALDOL DECANOATE 50.....	124
GLEOSTINE.....	82	halobetasol propionate.....	216
glimepiride.....	152	haloette.....	252
glipizide.....	152	haloperidol.....	124
glipizide er.....	152,153	haloperidol decanoate.....	124
glipizide xl.....	153	haloperidol decanoate 100.....	124
glipizide-metformin.....	153	haloperidol lactate.....	124
GLUCAGEN.....	159	HARVONI.....	146
GLUCAGON EMERGENCY KIT.....	159	HAVRIX.....	282
glucose in water.....	225	heather.....	260
GLUCOTROL XL.....	153	HEMADY.....	242
glyburide.....	153	heparin sodium.....	166
glyburide micronized.....	154	heparin sodium-d5w.....	166
glyburide-metformin hcl.....	154	HEPLISAV-B.....	282
glycopyrrolate.....	229	HERCEPTIN.....	114
glydo.....	28	HERCEPTIN HYLECTA.....	114
GLYXAMBI.....	154	HERZUMA.....	114
GOLYTELY.....	230		
granisetron hcl.....	72		
GRANIX.....	169		
griseofulvin.....	74		
griseofulvin ultramicrosize.....	74		
guanfacine hcl.....	172		
guanfacine hcl er.....	206		

HETLIOZ.....	310	HUMULIN R U-500.....	162
HIBERIX.....	282	HUMULIN R U-500	
hidex.....	243	KWIKPEN.....	162
HUMALOG.....	161	hydralazine hcl.....	202
HUMALOG JUNIOR		HYDREA.....	86
KWIKPEN.....	161	hydrochlorothiazide.....	197
HUMALOG KWIKPEN U-		hydrocodone bitartrate er.....	23
100.....	161	hydrocodone-acetaminophen.....	25
HUMALOG KWIKPEN U-		hydrocodone-ibuprofen.....	25
200.....	161	hydrocortisone.....	216,243,287,288
HUMALOG MIX 50-50.....	161	hydrocortisone butyrate.....	216
HUMALOG MIX 50-50		hydrocortisone valerate.....	217
KWIKPEN.....	161	hydrocortisone-acetic acid.....	298
HUMALOG MIX 75-25.....	161	hydromorphone hcl.....	25,26
HUMALOG MIX 75-25		hydroxychloroquine sulfate.....	119
KWIKPEN.....	161	hydroxyprogesterone	
HUMALOG TEMPO PEN U-		caproate.....	260
100.....	161	hydroxyurea.....	86
HUMATIN.....	32	hydroxyzine hcl.....	150
HUMIRA.....	277	hydroxyzine pamoate.....	150
HUMIRA PEN.....	277	HYZAAR.....	191
HUMIRA PEN CROHN'S-		I	
UC-HS.....	277	ibandronate sodium.....	289
HUMIRA PEN PSOR-		IBRANCE.....	101
UVEITS-ADOL HS.....	277	ibu.....	20,21
HUMIRA(CF).....	277	ibuprofen.....	21
HUMIRA(CF) PEDIATRIC		icatibant.....	270
CROHN'S.....	278	iclevia.....	252
HUMIRA(CF) PEN.....	278	ICLUSIG.....	101
HUMIRA(CF) PEN		icosapent ethyl.....	200
CROHN'S-UC-HS.....	278	idarubicin hcl.....	90
HUMIRA(CF) PEN		IDHIFA.....	101
PEDIATRIC UC.....	278	IFEX.....	90
HUMIRA(CF) PEN PSOR-		ifosfamide.....	90
UV-ADOL HS.....	278	ILARIS.....	272
HUMULIN 70-30.....	161	ILEVRO.....	295
HUMULIN 70/30		imatinib mesylate.....	101
KWIKPEN.....	161	IMBRUVICA.....	101,102
HUMULIN N.....	162	IMFINZI.....	114
HUMULIN N KWIKPEN.....	162	imipenem-cilastatin sodium.....	42
HUMULIN R.....	162		

imipramine hcl.....	70	IPOL.....	282
imiquimod.....	218	ipratropium bromide.....	302
IMITREX.....	78	ipratropium-albuterol.....	309
IMLYGIC.....	90	irbesartan.....	175
IMOVAX RABIES VACCINE.....	282	irbesartan- hydrochlorothiazide.....	192
IMPAVIDO.....	34	IRESSA.....	102
IMURAN.....	278	irinotecan hcl.....	95
INBRIJA.....	123	ISENTRESS.....	136
incassia.....	260	ISENTRESS HD.....	137
INCRELEX.....	244	isibloom.....	252
INCRUSE ELLIPTA.....	302	isoniazid.....	80
indapamide.....	197	ISOPROPYL ALCOHOL 0.7 ML/ML MEDICATED PAD.....	154
INDERAL LA.....	181	ISORDIL TITRADOSE.....	202
INDERAL XL.....	181	isosorbide dinitrate.....	202
indomethacin.....	21	isosorbide mononitrate.....	202
INFANRIX DTAP.....	282	isosorbide mononitrate er.....	202
INLYTA.....	102	isotretinoin.....	212
INNOPRAN XL.....	181	isradipine.....	183
inpen (for humalog).....	162	ISTALOL.....	296
inpen (for novolog or fiasp).....	162	ISTODAX.....	90
INQOVI.....	90	itraconazole.....	74
INREBIC.....	102	ivabradine hcl.....	192
INSPRA.....	197	ivermectin.....	119,219
INSULIN PEN NEEDLE.....	162	IWILFIN.....	95
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML.....	162	IXCHIQ.....	282
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML.....	162	IXEMPRA.....	90
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML.....	162	IXIARO.....	282
insulin syringe u-500.....	162	J	
INTELENCE.....	138	JADENU.....	224
INTRALIPID.....	225	JADENU SPRINKLE.....	224
introvale.....	252	jaimiess.....	252
INVANZ.....	42	JAKAFI.....	102
INVEGA.....	127	jantoven.....	166
INVEGA HAFYERA.....	127,128	JANUMET.....	154
INVEGA SUSTENNA.....	128	JANUMET XR.....	154
INVEGA TRINZA.....	128	JANUVIA.....	154,155
INVELTYS.....	295	JARDIANCE.....	155

jasmiel.....	252	KINRIX.....	283
javygtor.....	236	kionex.....	227
JAYPIRCA.....	102	KISQALI.....	102,103
JEMPERLI.....	114	KISQALI FEMARA CO-	
jencycla.....	260	PACK.....	90,91
JENTADUETO.....	155	KLARON.....	212
JENTADUETO XR.....	155	klayesta.....	75
JEVTANA.....	102	KLOR-CON 10.....	221
jolessa.....	252	KLOR-CON 8.....	222
juleber.....	252	klor-con m10.....	222
JULUCA.....	137	KLOR-CON M15.....	222
junel.....	252	klor-con m20.....	222
junel fe.....	252	KLOXXADO.....	30
junel fe 24.....	252	KOMBIGLYZE XR.....	155
JUXTAPID.....	200	KORLYM.....	266
JYNNEOS.....	283	KOSELUGO.....	103
JYNNEOS (NATIONAL		kourzeq.....	211
STOCKPILE).....	283	KRAZATI.....	103
K		kurvelo.....	253
KADCYLA.....	114	KUVAN.....	236
kaitlib fe.....	252	KYPROLIS.....	103
KALETRA.....	143	L	
kalliga.....	253	l-glutamine.....	236
KALYDECO.....	303	labetalol hcl.....	181
KANJINTI.....	114	lacosamide.....	57
kariva.....	253	LACRISERT.....	293
kcl-d5w-0.2% nacl.....	221	lactated ringers.....	222
kcl-d5w-0.225% nacl.....	221	lactulose.....	228
kcl-d5w-0.45% nacl.....	221	LAGEVRIO	
kelnor 1-35.....	253	(COMMERCIAL).....	309
kelnor 1-50.....	253	LAGEVRIO (USG DIst.).....	309
kemoplat.....	90	LAMICTAL.....	49
KEPIVANCE.....	211	LAMICTAL (BLUE).....	49
KEPPRA.....	49	lamivudine.....	140,146
KERENDIA.....	197	lamivudine hbv.....	146
KESIMPTA PEN.....	209	lamivudine-zidovudine.....	140
ketoconazole.....	75	lamotrigine.....	49
ketorolac tromethamine.....	295	lamotrigine (blue).....	49
KEYTRUDA.....	114	lamotrigine er.....	49
KINERET.....	272	LANOXIN.....	192

lansoprazole.....	233	levonorg-eth estrad eth	
lanthanum carbonate.....	226	estrad.....	253
LANTUS.....	162	levonorgestrel-eth estradiol.....	253
LANTUS SOLOSTAR.....	163	levora-28.....	254
lapatinib.....	103	levorphanol tartrate.....	23
larin.....	253	levothyroxine sodium.....	263
larin 24 fe.....	253	LEVOXYL.....	263
larin fe.....	253	LEXAPRO.....	66
larissia.....	253	LEXIVA.....	143
LASIX.....	196	LIALDA.....	286
latanoprost.....	298	LIBERVANT.....	54
LATUDA.....	128,129	LIBTAYO.....	115
LAYOLIS FE.....	253	lidocaine.....	28
LAZCLUZE.....	103	lidocaine hcl.....	28,178
ledipasvir-sofosbuvir.....	146	lidocaine hcl laryngotracheal	
leena.....	253	4% solution.....	28
leflunomide.....	278	lidocaine hcl viscous.....	28
lenalidomide.....	84	lidocaine-prilocaine.....	28
lentocilin s.....	41	lidocan iii.....	28
LENVIMA.....	103	LIDODERM.....	28
lessina.....	253	LILETTA.....	241
LETAIRIS.....	306	lillow.....	254
letrozole.....	95	lindane.....	219
leucovorin calcium.....	91	linezolid.....	34
LEUKERAN.....	82	linezolid-0.9% nacl.....	34
LEUKINE.....	169	linezolid-d5w.....	34
leuprolide acetate.....	266	LINZESS.....	228
leuprolide depot.....	267	liothyronine sodium.....	263
levetiracetam.....	50	LIPITOR.....	198,199
levetiracetam er.....	50	lisdexamfetamine	
levetiracetam-nacl.....	50	dimesylate.....	204
LEVO-T.....	262	lisinopril.....	177
levobunolol hcl.....	296	lisinopril-	
levocarnitine.....	236	hydrochlorothiazide.....	192
levocarnitine sf.....	236	lithium carbonate.....	151
levocetirizine		lithium carbonate er.....	151
dihydrochloride.....	301	lithium citrate.....	151
levofloxacin.....	45	LITHOBID.....	151
levofloxacin-d5w.....	45	lo-zumandimine.....	254
levonest.....	253	LOCOID LIPOCREAM.....	217
		LOESTRIN.....	254

LOESTRIN FE.....	254	LYNPARZA.....	104
lojaimiess.....	254	LYRICA.....	51,52
LONSURF.....	91	LYSODREN.....	266
loperamide.....	229	LYTGOBI.....	104
LOPID.....	198	LYUMJEV.....	163
lopinavir-ritonavir.....	144	LYUMJEV KWIKPEN U-100.....	163
LOPRESSOR.....	181	LYUMJEV KWIKPEN U-200.....	163
LOPROX.....	75	LYUMJEV TEMPO PEN U-100.....	163
lorazepam.....	150	lyza.....	260
lorazepam intensol.....	150	M	
LORBRENA.....	104	M-M-R II VACCINE.....	283
loryna.....	254	magnesium sulfate.....	222
losartan potassium.....	175	MALARONE.....	119
losartan-hydrochlorothiazide.....	192	malathion.....	219
LOSEASONIQUE.....	254	maraviroc.....	142
LOTENSIN.....	177	MARGENZA.....	115
LOTENSIN HCT.....	192	marlissa.....	254
LOTRONEX.....	229	MARPLAN.....	63
lovastatin.....	199	MATULANE.....	82
LOVAZA.....	200	matzim la.....	185
LOVENOX.....	167	MAXALT.....	79
low-ogestrel.....	254	MAXALT MLT.....	79
loxapine.....	124	MAXITROL.....	291
lubiprostone.....	228	MAXZIDE.....	192
LUMAKRAS.....	104	MAXZIDE-25 MG.....	192
LUMIGAN.....	298	MAYZENT.....	209,210
LUMIZYME.....	236	meclizine hcl.....	71
LUMOXITI.....	115	MEDROL.....	243
LUMRYZ.....	311	medroxyprogesterone acetate.....	260
LUMRYZ STARTER PACK.....	311	mefloquine hcl.....	119
LUPRON DEPOT.....	267	megestrol acetate.....	260
LUPRON DEPOT (LUPANETA).....	267	MEKINIST.....	104
LUPRON DEPOT-PED.....	267	MEKTOVI.....	104
lurasidone hcl.....	129	meloxicam.....	21
lutra.....	254	melphalan hcl.....	83
LYBALVI.....	129	memantine hcl.....	61
lyleq.....	260		
lyllana.....	248		

memantine hcl er.....	60	METRO IV.....	35
MENACTRA.....	283	METROCREAM.....	219
MENEST.....	248	METROGEL.....	220
MENQUADFI.....	283	METROLOTION.....	220
MENVEO A-C-Y-W-135- DIP.....	283	metronidazole.....	35,220
mercaptopurine.....	86	metyrosine.....	193
meropenem.....	42	mexiletine hcl.....	178
meropenem-0.9% nacl.....	42	MIACALCIN.....	289
merzee.....	254	miconazole.....	75
mesalamine.....	286	miconazole-0.9% nacl.....	75
mesalamine dr.....	286	MICARDIS.....	175
mesalamine er.....	287	MICARDIS HCT.....	193
mesna.....	118	microgestin.....	254
MESNEX.....	118	microgestin 24 fe.....	254
MESTINON.....	80	microgestin fe.....	255
metformin hcl.....	155,156	midodrine hcl.....	172
metformin hcl er.....	156	mifepristone.....	266
methadone hcl.....	23	miglustat.....	236
methazolamide.....	193	MIGRANAL.....	78
methenamine hippurate.....	34	mili.....	255
methimazole.....	269	mimvey.....	255
methocarbamol.....	310	MINIPRESS.....	173
methotrexate.....	278	minocycline hcl.....	46
methotrexate sodium.....	278	minoxidil.....	202
methoxsalen.....	218	MIRCETTE.....	255
methscopolamine bromide.....	229	mirtazapine.....	62
methsuximide.....	52	misoprostol.....	232
methylergonovine maleate.....	241	mitomycin.....	91
methylphenidate er.....	206	mitoxantrone hcl.....	91
methylphenidate hcl.....	206	modafinil.....	312
methylprednisolone.....	243	moexipril hcl.....	177
methylprednisolone sodium succ.....	243	molindone hcl.....	125
methyltestosterone.....	245	mometasone furoate.....	217,300
metoclopramide hcl.....	230	mondoxyne nl.....	46
metolazone.....	197	MONJUVI.....	115
metoprolol succinate.....	181	mono-lyyah.....	255
metoprolol tartrate.....	181	montelukast sodium.....	301
metoprolol- hydrochlorothiazide.....	193	morphine sulfate.....	26
		morphine sulfate er.....	23
		MOUNJARO.....	156
		MOVANTIK.....	228

MOVIPREP.....	230	necon.....	255
MOXEZA.....	293	NEEDLES, INSULIN DISP.,	
moxifloxacin.....	45,293	SAFETY.....	163
moxifloxacin hcl.....	45	nefazodone hcl.....	66
MOZOBIL.....	170	nelarabine.....	91
MRESVIA.....	283	neo-polycin.....	293
MULTAQ.....	178	neo-polycin hc.....	291
mupirocin.....	220	neomycin sulfate.....	32
MUTAMYCIN.....	91	neomycin-bacitracin-poly-	
MVASI.....	115	hc.....	291
MYALEPT.....	230	neomycin-bacitracin-	
MYCOBUTIN.....	80	polymyxin.....	293
mycophenolate mofetil.....	279	neomycin-polymyxin b.....	35
mycophenolic acid.....	279	neomycin-polymyxin-	
MYFORTIC.....	279	dexameth.....	291
MYHIBBIN.....	279	neomycin-polymyxin-	
MYLOTARG.....	115	gramicidin.....	293
myorisan.....	212	neomycin-polymyxin-hc.....	298
MYRBETRIQ.....	239	neomycin-polymyxin-	
MYSOLINE.....	54	hydrocort.....	298
N		NEORAL.....	279
nabumetone.....	21	NERLYNX.....	105
nadolol.....	182	NEUPRO.....	121
nafcillin.....	41	NEURONTIN.....	54
nafcillin sodium.....	41	nevirapine.....	138
NAGLAZYME.....	236	nevirapine er.....	138
naloxone hcl.....	30	NEXAVAR.....	105
naltrexone hcl.....	29	NEXIUM.....	233
NAMENDA.....	61	NEXIUM I.V.....	233
naproxen.....	21,22	niacin er.....	200,201
naproxen sodium.....	22	nicardipine hcl.....	183
naratriptan hcl.....	79	NICOTROL.....	31
NARCAN.....	30	NICOTROL NS.....	31
NARDIL.....	63	nifedipine er.....	183
NATACYN.....	293	nikki.....	255
nateglinide.....	156	NILANDRON.....	83
NATPARA.....	289	nilutamide.....	83
NAYZILAM.....	54	nimodipine.....	183
nebivolol hcl.....	182	NINLARO.....	92
NEBUPENT.....	120	NIPENT.....	92
		nisoldipine.....	183

nitazoxanide.....	120	NUZYRA.....	47
nitisinone.....	236	nyamyc.....	75
NITRO-BID.....	202	nylia.....	256
nitrofurantoin.....	35	nymyo.....	256
nitrofurantoin mono-macro.....	35	nystatin.....	75
nitroglycerin.....	202	nystatin-triamcinolone.....	218
nitroglycerin patch.....	202	nystop.....	75
NITROLINGUAL.....	203	O	
NITROSTAT.....	203	OCALIVA.....	231
NIVESTYM.....	170	ocella.....	256
nizatidine.....	232	octreotide acetate.....	267
nora-be.....	261	octreotide acetate er.....	268
norethin-eth estra-ferrous fum.....	255	OCUFLOX.....	293
norethindron-ethinyl estradiol.....	255	ODEFSEY.....	140
norethindrone.....	261	ODOMZO.....	105
norethindrone ac (lupaneta).....	261	OFEV.....	307
norethindrone acetate.....	261	ofloxacin.....	45,293,299
norethindrone-e.estradiol- iron.....	255	OGIVRI.....	115
norgestimate-ethinyl estradiol.....	256	OGSIVEO.....	105
norlyda.....	261	OJEMDA.....	105
NORPRAMIN.....	70	OJJAARA.....	105
NORTHERA.....	173	olanzapine.....	129
nortrel.....	256	olanzapine odt.....	129
nortriptyline hcl.....	70	olmesartan medoxomil.....	175
NORVASC.....	183	olmesartan-amlodipine-hctz.....	193
NORVIR.....	144	olmesartan- hydrochlorothiazide.....	193
novopen echo.....	163	olopatadine hcl.....	294,301
NOXAFIL.....	75	omega-3 acid ethyl esters.....	201
NUBEQA.....	84	omeprazole.....	233
NUEDEXTA.....	207	omnipod 5 (g6/libre 2 plus).....	163
NULOJIX.....	272	omnipod 5 dexg7g6 intro(gen 5).....	163
NULYTELY.....	230	omnipod 5 dexg7g6 pods (gen 5).....	163
NUPLAZID.....	129	omnipod 5 g6-g7 intro kt(gen5).....	163
NURTEC ODT.....	78	omnipod 5 g6-g7 pods (gen 5).....	163
NUTRILIPID.....	225		
NUVARING.....	256		
NUVIGIL.....	312		

omnipod 5	
intro(g6/libre2plus)	163
omnipod classic pdm kit(gen 3)	164
omnipod classic pods (gen 3)	164
omnipod dash intro kit (gen 4)	164
omnipod dash pdm kit (gen 4)	164
omnipod dash pods (gen 4)	164
omnipod go pods	164
OMNITROPE	244
ONCASPAR	92
ondansetron hcl	72
ondansetron odt	73
ONFI	54
ONGLYZA	156
ONIVYDE	95
ONTRUZANT	115
ONUREG	92
OPDIVO	115
OPSUMIT	306
ORACEA	213
ORALAIR	309
oralone	211
ORENCIA	272
ORENCIA CLICKJECT	272
ORFADIN	237
ORGOVYX	268
ORKAMBI	304
ORSERDU	85,86
orsythia	256
oseltamivir phosphate	147
OTEZLA	218
OVIDE	219
oxaliplatin	92
oxaprozin	22
oxazepam	150
oxcarbazepine	58
oxybutynin chloride	239

oxybutynin chloride er	239
oxycodone hcl	27
oxycodone-acetaminophen	27
OZEMPIC	156

P

PACERONE	179
paclitaxel	92
PADCEV	115
paliperidone er	130
palonosetron hcl	73
PALYNZIQ	237
PANRETIN	118
pantoprazole sodium	234
paraplatin	92
paricalcitol	289
PARNATE	63
paromomycin sulfate	32
paroxetine cr	66
paroxetine er	66,67
paroxetine hcl	67
PAXIL	67
PAXLOVID	309
pazopanib hcl	105
PEDIARIX	283
PEDVAXHIB	283
peg 3350-electrolyte	231
peg-3350 and electrolytes	231
peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c	231
PEGASYS	274
PEMAZYRE	105
pemetrexed	92
pemetrexed disodium	93
PENBRAYA	283
penicillamine	241
penicillin g potassium	41
penicillin g sodium	41
penicillin gk-iso-osm dextrose	41
penicillin v potassium	41

PENTACEL.....	283	POLIVY.....	116
PENTAM 300.....	120	polycin.....	293
pentamidine isethionate.....	120	polymyxin b sul-	
PENTASA.....	287	trimethoprim.....	293
pentoxifylline.....	193	POMALYST.....	84
perindopril erbumine.....	177	portia.....	256
periogard.....	211	PORTRAZZA.....	116
PERJETA.....	115	posaconazole.....	76
permethrin.....	219	potassium chloride.....	222
perphenazine.....	71	potassium chloride in d5lr.....	223
PERSERIS.....	130	potassium chloride proamp.....	223
pfizerpen.....	41	potassium chloride-0.45%	
phenelzine sulfate.....	63	nacl.....	223
phenobarbital.....	55	potassium chloride-dextrose	
phenobarbital sodium.....	55	5%.....	223
phenoxybenzamine hcl.....	173	potassium citrate er.....	223
PHENYTEK.....	58	POTELIGEO.....	116
phenytoin.....	58	PRADAXA.....	167
phenytoin sodium extended.....	58	pramipexole	
PHESGO.....	116	dihydrochloride.....	122
philith.....	256	prasugrel hcl.....	172
PIFELTRO.....	138	pravastatin sodium.....	199
pilocarpine hcl.....	211,297	praziquantel.....	119
pimecrolimus.....	217	prazosin hcl.....	173
pimozide.....	125	PRED FORTE.....	295
pimtrea.....	256	PRED MILD.....	295
pindolol.....	182	prednicarbate.....	217
pioglitazone hcl.....	157	prednisolone.....	243
pioglitazone-glimepiride.....	157	prednisolone acetate.....	295
pioglitazone-metformin.....	157	prednisolone sodium	
piperacillin-tazobactam.....	42	phosphate.....	243,296
PIQRAY.....	106	prednisone.....	243
pirfenidone.....	307	pregabalin.....	52
pirmella.....	256	PRĒGNYL.....	245
piroxicam.....	22	PREHEVBRIO.....	283
PLAQUENIL.....	120	PREMARIN.....	248
PLAVIX.....	172	PREMPHASE.....	256
PLEGRIDY.....	210	PREMPRO.....	256
PLEGRIDY PEN.....	210	PREVACID.....	234
plerixafor.....	170	prevalite.....	201
podofilox.....	219	previfem.....	257

PREVYMIS.....	145	PRUDOXIN.....	217
PREZCOBIX.....	144	PULMOZYME.....	304
PREZISTA.....	144	PURIXAN.....	86
PRIFTIN.....	80	PYLERA.....	231
primaquine.....	120	pyrazinamide.....	81
primidone.....	55	pyridostigmine bromide.....	80
PRIORIX.....	284	pyridostigmine bromide er.....	80
PRISTIQ.....	67	pyrimethamine.....	120
PROAIR HFA.....	303	Q	
PROAIR RESPICLICK.....	303	QINLOCK.....	106
probenecid.....	77	QUADRACEL DTAP-IPV.....	284
probenecid-colchicine.....	77	quetiapine fumarate.....	130
PROCARDIA XL.....	183	quetiapine fumarate er.....	130
prochlorperazine.....	71	quinapril hcl.....	177
prochlorperazine edisylate.....	71	quinapril-	
prochlorperazine maleate.....	71	hydrochlorothiazide.....	193
PROCRIT.....	170	quinidine gluconate.....	179
procto-med hc.....	288	quinidine sulfate.....	179
procto-pak.....	288	quinine sulfate.....	120
proctosol-hc.....	288	QVAR REDIHALER.....	300
proctozone-hc.....	288	R	
progesterone.....	261	RABAVERT.....	284
PROGLYCEM.....	160	rabeprazole sodium.....	234
PROGRAF.....	279	raloxifene hcl.....	261
PROLASTIN C.....	237	ramelteon.....	311
PROLENSA.....	296	ramipril.....	177
PROLIA.....	289	ranolazine er.....	194
PROMACTA.....	170	RAPAFLO.....	241
promethazine hcl.....	71	RAPAMUNE.....	279
promethegan.....	72	rasagiline mesylate.....	123
propafenone hcl.....	179	reclipsen.....	257
propafenone hcl er.....	179	RECOMBIVAX HB.....	284
propranolol hcl.....	182	RECTIV.....	203
propranolol hcl er.....	182	REGLAN.....	231
propylthiouracil.....	269	REGRANEX.....	219
PROQUAD.....	284	RELAFEN.....	22
PROSCAR.....	240	RELENZA.....	147
PROTONIX.....	234	RELISTOR.....	228
protriptyline hcl.....	70	REMERON.....	62
PROVERA.....	261		
PROZAC.....	67		

REMODULIN.....	306	rizatriptan.....	79
RENFLEXIS.....	280	ROCALTROL.....	290
REVELA.....	226,227	ROCKLATAN.....	297
repaglinide.....	157	roflumilast.....	305
REPATHA		ROMIDEPSIN.....	93
PUSHTRONEX.....	201	ropinirole er.....	122
REPATHA SURECLICK.....	201	ropinirole hcl.....	122
REPATHA SYRINGE.....	201	rosadan.....	220
RESTASIS.....	292	rosuvastatin calcium.....	199
RESTASIS MULTIDOSE.....	292	ROTARIX.....	284
RETACRIT.....	170	ROTATEQ.....	284
RETEVMO.....	106	ROWASA.....	287
RETIN-A.....	213	roweepra.....	50
RETROVIR.....	140	ROXICODONE.....	27
REVCOVI.....	237	ROZEREM.....	311
REVLIMID.....	84,85	ROZLYTREK.....	106
REXULTI.....	131	RUBRACA.....	107
REYATAZ.....	144,145	rufinamide.....	58
REZLIDHIA.....	106	RUKOBIA.....	142
RHOPRESSA.....	297	RUXIENCE.....	116
RIABNI.....	116	RYBELSUS.....	157
ribavirin.....	147,309	RYBREVANT.....	116
RIDAURA.....	272	RYDAPT.....	107
rifabutin.....	80	RYLAZE.....	93
RIFADIN.....	81	RYTARY.....	123
rifampin.....	81	RYTHMOL SR.....	179
riluzole.....	208	S	
RINVOQ.....	273	SABRIL.....	55
RINVOQ LQ.....	273	sajazir.....	270
risedronate sodium.....	289,290	SALAGEN.....	211
risedronate sodium dr.....	290	SAMSCA.....	224
RISPERDAL.....	131	SANDIMMUNE.....	280
RISPERDAL CONSTA.....	131	SANDOSTATIN LAR	
risperidone.....	131	DEPOT.....	268
risperidone er.....	131	SANTYL.....	219
risperidone odt.....	131,132	SAPHRIS.....	132
RITALIN.....	206	sapropterin dihydrochloride.....	237
ritonavir.....	145	SARCLISA.....	116
RITUXAN.....	116	saxagliptin hcl.....	157
RITUXAN HYCELA.....	116		
rivastigmine.....	60		

saxagliptin-metformin		sod sulf-potass sulf-mag sulf	231
er	157,158	sodium chloride	223
SCSEMBLIX	107	sodium chloride-water	224
scopolamine	72	sodium oxybate	312
SEASONIQUE	257	sodium phenylbutyrate	237
SECUADO	132	sodium polystyrene	
selegiline hcl	123	sulfonate	227
selenium sulfide	217	sofosbuvir-velpatasvir	147
SELZENTRY	142	solifenacin succinate	239
SENSIPAR	290	SOLQUA 100-33	158
SEREVENT DISKUS	303	SOLTAMOX	86
SEROQUEL	132	SOLU-MEDROL	244
SEROQUEL XR	132	SOMATULINE DEPOT	268
sertraline hcl	68	SOMAVERT	268
setlakin	257	SOOLANTRA	219
sevelamer carbonate	227	sorafenib	107
SFROWASA	287	sorine	179
sharobel	261	sotalol	179
SHINGRIX	284	sotalol af	179
SIGNIFOR	268	SOVALDI	147
SIGNIFOR LAR	268	SPIRIVA HANDIHALER	302
sildenafil citrate	306	SPIRIVA RESPIMAT	302
SILENOR	311	spironolactone	197
silodosin	241	spironolactone-hctz	194
SILVADENE	219	SPORANOX	76
silver sulfadiazine	219	SPRAVATO	62
SIMBRINZA	297	sprintec	257
simliya	257	SPRITAM	50
simpesse	257	SPRYCEL	107
SIMULECT	280	SPS	227
simvastatin	199	sronyx	257
SINEMET 10-100	123	SSD	219
SINEMET 25-100	123	STAMARIL	284
SINGULAIR	301	stavudine	140
sirolimus	280	STELARA	273
SIRTURO	81	STIOLTO RESPIMAT	309
SIVEXTRO	35	STIVARGA	107
SKYLA	241	STRATTERA	206
SKYRIZI	273	STRENSIQ	237
SKYRIZI ON-BODY	273	streptomycin sulfate	32
SKYRIZI PEN	273	STRIBILD	137

STROMEKTOL.....	119	tacrolimus.....	217,280
SUBLOCADE.....	30	tadalafil.....	306
SUBOXONE.....	30	TAFINLAR.....	108
subvenite.....	50	TAGRISSE.....	108
subvenite (blue).....	50	TALZENNA.....	109
sucralfate.....	232	TAMIFLU.....	147,148
SULAR.....	184	tamoxifen citrate.....	86
sulfacetamide sodium.....	213,293	tamsulosin hcl.....	241
sulfacetamide-prednisolone.....	292	taperdex.....	244
sulfadiazine.....	46	TARCEVA.....	109
sulfamethoxazole- trimethoprim.....	46	TARGRETIN.....	118
sulfasalazine.....	287	tarina 24 fe.....	257
sulfasalazine dr.....	287	tarina fe.....	257
sulindac.....	22	tarina fe 1-20 eq.....	257
sumatriptan.....	79	TASIGNA.....	109
sumatriptan succinate.....	79	tasimelteon.....	311
sunitinib malate.....	107,108	TASMAR.....	121
SUNLENCA.....	142	taysofy.....	259
SUPRAX.....	39	tazarotene.....	213
SUPREP.....	231	tazicef.....	39
SUTAB.....	231	TAZORAC.....	213
SUTENT.....	108	taztia xt.....	186
syeda.....	257	TAZVERIK.....	109
SYMFI.....	138	TDVAX.....	284
SYMFI LO.....	138	TECENTRIQ.....	117
SYMLINPEN 120.....	158	TECFIDERA.....	210
SYMLINPEN 60.....	158	TEFLARO.....	39
SYMPAZAN.....	55	TEGRETOL.....	58
SYMTUZA.....	145	TEGRETOL XR.....	58
SYNAGIS.....	271	TEKTURNA.....	194
SYNAREL.....	269	telmisartan.....	175
SYNJARDY.....	158	telmisartan-amlo dipine.....	194
SYNJARDY XR.....	158	telmisartan- hydrochlorothiazid.....	194
SYNRIBO.....	93	temazepam.....	311
SYNTHROID.....	264	TEMODAR.....	83
SYPRINE.....	225	temsirolimus.....	109
T		tencon.....	18
TABLOID.....	87	TENIVAC.....	284
TABRECTA.....	108	tenofovir disoproxil fumarate.....	140

TENORETIC 100	194	tobramycin-dexamethasone	292
TENORETIC 50	194	tolcapone	121
TENORMIN	182	tolterodine tartrate	240
TEPMETKO	109	tolterodine tartrate er	240
terazosin hcl	173	tolvaptan	225
terbinafine hcl	76	topiramate	50
terbutaline sulfate	303	toposar	95
terconazole	76	topotecan hcl	95
TERIPARATIDE	290	TOPROL XL	182
testosterone	245,246	toremifene citrate	86
testosterone cypionate	246	TORISEL	110
testosterone enanthate	246	torpenz	110
tetrabenazine	208	torseamide	196
tetracycline hcl	47	TOUJEO MAX	
THALOMID	85	SOLOSTAR	164
THEO-24	305	TOUJEO SOLOSTAR	164
theophylline anhydrous	305	TOVIAZ	240
theophylline er	305	TRACLEER	306
thioridazine hcl	125	TRADJENTA	158
thiotepa	93	tramadol hcl	27
thiothixene	125	tramadol hcl er	24
THYMOGLOBULIN	271	tramadol hcl-acetaminophen	27
tiadylt er	186	trandolapril	177
tiagabine hcl	55	trandolapril-verapamil er	194
TIAZAC	186	tranexamic acid	171
TIBSOVO	110	tranylcypromine sulfate	63
TICOVAC	284	TRAVASOL	225
tigecycline	35	TRAVATAN Z	298
TIKOSYN	179	travoprost	298
tilia fe	257	TRAZIMERA	117
timolol maleate	182,296	trazodone hcl	68
TIMOPTIC	296	TREANDA	93
TIMOPTIC OCUDOSE	296	TRECATOR	81
TIROSINT	264	TRELEGY ELLIPTA	310
TIROSINT-SOL	265	TRELSTAR	269
TIVICAY	137	TREMFYA	273
TIVICAY PD	137	TREMFYA PEN	273
tizanidine hcl	136	treprostinil	306
TOBRADEX	292	tretinoin	118,213
tobramycin	293,304	tri femynor	257
tobramycin sulfate	32	tri-estarylla	257

tri-legest fe.....	257	TUKYSA.....	110
tri-linyah.....	257	tulana.....	261
tri-lo-estarylla.....	258	TURALIO.....	110
tri-lo-marzia.....	258	turqoz.....	259
tri-lo-mili.....	258	TWINRIX.....	285
tri-lo-sprintec.....	258	TYBLUME.....	258
tri-mili.....	258	TYBOST.....	142
tri-nymyo.....	258	tydemy.....	258
tri-previfem.....	258	TYGACIL.....	35
tri-sprintec.....	258	TYKERB.....	110
tri-vylibra.....	258	TYMLOS.....	290
tri-vylibra lo.....	258	TYPHIM VI.....	285
triamcinolone acetonide.....	211,217	TYSABRI.....	210
triamterene- hydrochlorothiazid.....	194	U	
TRIBENZOR.....	195	UBRELVY.....	78
triderm.....	217	UDENYCA.....	171
trientine hcl.....	225	UDENYCA AUTOINJECTOR.....	171
trifluoperazine hcl.....	125	UDENYCA ONBODY.....	171
trifluridine.....	294	UNITHROID.....	266
TRIKAFTA.....	304	UNITUXIN.....	117
triklo.....	201	ursodiol.....	231
TRILEPTAL.....	58	UZEDY.....	132,133
trimethoprim.....	35	V	
trimipramine maleate.....	70	v-go 20.....	164
TRINTELLIX.....	68	v-go 30.....	164
TRISENOX.....	93	v-go 40.....	164
TRIUMEQ.....	140	VAGIFEM.....	248
TRIUMEQ PD.....	140	valacyclovir.....	148
trivora-28.....	258	VALCHLOR.....	83
TRIZIVIR.....	141	VALCYTE.....	145
TRODELVY.....	117	valganciclovir hcl.....	145
TROGARZO.....	142	valproate sodium.....	51
TROPHAMINE.....	225	valproic acid.....	51
tropium chloride.....	240	valsartan.....	176
tropium chloride er.....	240	valsartan- hydrochlorothiazide.....	195
TRULICITY.....	158	VALTOCO.....	55
TRUMENBA.....	285	VALTRESX.....	148
TRUQAP.....	110		
TRUVADA.....	141		
TRUXIMA.....	117		

vancomycin	35	VIBERZI	229
vancomycin hcl	36	VIBRAMYCIN	47
vancomycin hcl-0.9% nacl	36	VICTOZA 2-PAK	159
vancomycin hcl-d5w	36	VICTOZA 3-PAK	159
VANDA ZOLE	36	vienva	258
VANFLYTA	110	vigabatrin	56
VAQTA	285	vigadrone	56
varenicline tartrate	31	VIGAFYDE	56
VARIVAX VACCINE	285	VIGAMOX	294
VASCEPA	201	vigpoder	56
VASERETIC	195	VIIBRYD	69
VASOTEC	177	vilazodone hcl	69
VAXCHORA VACCINE	285	VIMPAT	59
VECTIBIX	117	vinblastine sulfate	93
VEGZELMA	117	vincasar pfs	93
VELCADE	110	vincristine sulfate	93
velivet	258	vinorelbine tartrate	94
VELPHORO	227	viorele	258
VELTASSA	227	VIRACEPT	145
VENCLEXTA	110,111	VIREAD	141
VENCLEXTA STARTING PACK	111	VITRAKVI	111
venlafaxine besylate er	68	VIVITROL	30
venlafaxine hcl	68	VIZIMPRO	111
venlafaxine hcl er	68	volnea	258
VENTAVIS	307	VONJO	111
VENTOLIN HFA	303	VORANIGO	111,112
verapamil er	186	voriconazole	76
verapamil er pm	186	VOSEVI	147
verapamil hcl	186	VOTRIENT	112
verapamil sr	187	VPRIV	237
VERELAN	187	VRAYLAR	133
VERELAN PM	187	VUMERITY	210
VERQUVO	195	vyfemla	259
VERSACLOZ	135	vylibra	259
VERZENIO	111	VYNDAMAX	237
vestura	258	VYNDAQEL	238
VFEND IV	76	VYTORIN	201
vgo 20	164	VYVANSE	205
vgo 30	165	VYXEOS	94
vgo 40	165		

W

warfarin sodium.....	167
water.....	225
WELIREG.....	94
WELLBUTRIN SR.....	62
WELLBUTRIN XL.....	62,63
wera.....	259
wixela inhub.....	310
wymzya fe.....	259

X

XALKORI.....	112
XARELTO.....	167,168
XATMEP.....	280
XCOPRI.....	51
XELJANZ.....	274
XELJANZ XR.....	274
XENAZINE.....	208
XERMELO.....	229
XGEVA.....	290
XHANCE.....	300
XIFAXAN.....	231
XIGDUO XR.....	159
XOFLUZA.....	148
XOLAIR.....	274
XOPENEX HFA.....	303
XOSPATA.....	112
XPOVIO.....	94
XTANDI.....	84
XYLOCAINE.....	29
XYLOCAINE-MPF.....	29

Y

yargesa.....	238
YASMIN 28.....	259
YAZ.....	259
YERVOY.....	117
YF-VAX.....	285
YONDELIS.....	83
YONSA.....	84

yuvaferm.....	248
---------------	-----

Z

zafirlukast.....	301
zaleplon.....	311
ZALTRAP.....	85
ZANOSAR.....	94
zarah.....	259
ZARONTIN.....	52
ZEBUTAL.....	18
ZEJULA.....	112
ZELBORAF.....	112
ZEMPLAR.....	290
zenatane.....	213
ZENPEP.....	238
zenzedi.....	205
ZEPATIER.....	147
ZEPZELCA.....	83
ZESTORETIC.....	195
ZESTRIL.....	178
ZETIA.....	201
ZIAC.....	195
ZIAGEN.....	141
zidovudine.....	141
ZIEXTENZO.....	171
ziprasidone hcl.....	133
ziprasidone mesylate.....	133
ZIRABEV.....	117
ZITHROMAX.....	44
ZITHROMAX TRI-PAK.....	44
ZOCOR.....	199
ZOKINVY.....	238
zoledronic acid.....	290
ZOLINZA.....	94
zolmitriptan odt.....	79
ZOLOFT.....	69
zolpidem tartrate.....	311
ZONALON.....	217
ZONEGRAN.....	59
ZONISADE.....	59
zonisamide.....	59

ZONTIVITY.....	168
ZORTRESS.....	280
ZOSYN.....	42
zovia 1-35.....	259
ZOVIRAX.....	149
ZTALMY.....	56
ZTLIDO.....	29
zumandimine.....	259
ZURZUVAE.....	63
ZYDELIG.....	112
ZYKADIA.....	112
ZYLOPRIM.....	77
ZYNLONTA.....	117
ZYPREXA.....	134
ZYPREXA RELPREVV.....	134
ZYPREXA ZYDIS.....	134
ZYVOX.....	37

Hamaspik Medicare Select and Hamaspik Medicare Choice Multi-Language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-426-2774. (TTY, call 711.) Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-426-2774. (TTY 711.) Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-888-426-2774。(TTY 711) 我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-888-426-2774。(TTY 711) 我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-426-2774. (TTY 711) Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-426-2774. (TTY 711) Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-426-2774 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí. (TTY 711)

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-426-2774. (TTY 711) Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-426-2774 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다. (TTY 711)

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-426-2774. (TTY 711) Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 888-2774-426. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية (TTY 711).

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-426-2774 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है. (TTY 711)

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-426-2774. (TTY 711) Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-426-2774. (TTY 711) Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal ouwa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-426-2774. (TTY 711) Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-426-2774. (TTY 711) Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、[1-888-426-2774]にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。(TTY 711)

Form Approved
OMB# 0938-1421

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

H0034_HMMLI0622_C

Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice
Formulario de la Parte D para 2024

**Hamaspik Medicare Select (HMO DSNP) y
Hamaspik Medicare Choice (HMO DSNP)**

Formulario para 2024

(Lista de medicamentos cubiertos)

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE
INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS
QUE
CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

HPMS Approved Formulary File Submission ID 24401, Version
18

Este Formulario resumido se actualizó el 01/12/2024. No hemos
realizado cambios en este Formulario resumido desde
01/12/2024.

Para consultar un Listado completo o si tiene otras preguntas,
comuníquese con nosotros, Hamaspik Medicare Select and
Hamaspik Medicare Choice al 888-426-2774. (Los usuarios de
TTY deben llamar al 711.) Estamos abiertos los 7 días de la
semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre de 2023 al
31 de marzo de 2024; y de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00
pm, desde el 1 de abril de 2024 hasta el 30 de septiembre de
2024. O visite www.hamaspik.com.