

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

Formulario 2025

(Lista de Medicamentos Cubiertos o “Lista de Medicamentos”)

**LEA CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE
INFORMACIÓN
ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN
ESTE PLAN**

Identificación de Envío de Archivo de Formulario Aprobado por
HPMS: 25014

Este formulario fue actualizado el 01/10/2024.

Para obtener información más reciente o resolver otras preguntas, comuníquese con nosotros llamando al 888-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711). Estamos disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2024 al 31 de marzo de 2025; y de lunes a viernes desde las 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 abril de 2025 al 30 de septiembre de 2025.

H0034_HMFORM0824_C

Nota:

Este documento está disponible de manera gratuita en español. Esta EOC está disponible en español. Por favor, llame a servicios para miembros.

La información también está disponible en formatos alternativos como imprenta grande y Braille. Llame a Servicios para Miembros a los números mencionados para obtener más información.

Los beneficios, primas, deducibles, y/o copagos/coaseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2026.

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

Nota para miembros existentes:

Este Formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento detenidamente para asegurarse de que siga incluyendo el medicamento que usted consume.

Cuando esta Lista de Medicamentos (Formulario) sugiere los términos “nosotros,” o “nuestro/a,” se refiere a Hamaspik, Inc. Cuando sugiere “plan” o “nuestro plan,” se refiere a Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice.

Este documento incluye la Lista de Medicamentos (formulario) para nuestro plan cuya vigencia comienza a partir de 01/10//2024.

Por lo general, debe utilizar farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacia, y/o copagos/coaseguro podrían cambiar desde el 1 de enero de 2026 y de vez en cuando durante el año.

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

En este documento, utilizamos los términos Lista de Medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de los medicamentos cubiertos que fueron seleccionados por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice, en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representan las terapias por prescripción que se consideran necesarias como parte de un programa de tratamiento de calidad. Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice generalmente cubrirán los medicamentos indicados en nuestro formulario siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, se surta la receta en una farmacia de la red y se sigan las directrices de otros planes. Para obtener más información respecto cómo surtir sus recetas, consulte la Evidencia de Cobertura.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen el 1 de enero, aunque podría añadir o eliminar medicamentos del formulario durante el año, o incluso añadir restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al momento de realizar tales cambios. Se publican actualizaciones al formulario mensualmente en nuestro sitio web: www.hamaspik.com.

Los cambios que pueden afectarlo este año: En la mayoría de los casos, se verá afectado por cambios en la cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos**

originales. Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos con una determinada versión nueva del mismo medicamento que aparecerá con las mismas o menos restricciones. Cuando añadimos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o producto biológico original en nuestro formulario, e inmediatamente añadir nuevas restricciones.

Podemos realizar estas modificaciones inmediatas sólo si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o incorporamos determinadas versiones bioequivalentes nuevas de un producto biológico original que ya estaba en el formulario (por ejemplo, añadir un bioequivalente intercambiable que pueda sustituirse por un producto biológico original en una farmacia sin una nueva receta).

Si actualmente consume el medicamento de marca o producto biológico original, es posible que no le informemos con anticipación antes de un cambio inmediato, aunque más adelante podríamos entregarle información respecto a los cambios específicos que hayamos realizado.

Si realizamos dichos cambios, usted o su recetador pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación denominada

“¿Cómo solicitar una excepción al Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?”

Algunos de estos tipos de medicamentos podrían ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación denominada “¿Cuáles son los productos biológicos y cómo se relacionan con los bioequivalentes?”

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) determina que debe retirarse por motivos de seguridad o efectividad, nosotros podríamos de inmediato eliminar el medicamento de nuestro formulario y dar aviso en instancias posteriores a los miembros que consumen el medicamento.
- **Otros cambios.** Podríamos realizar otros cambios que afecten a los miembros que actualmente consumen un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del formulario al añadir un equivalente genérico o retirar un producto biológico original al incorporar un bioequivalente. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original. Podríamos realizar cambios en base a nuevas directrices clínicas. En caso de que eliminemos medicamentos de nuestro formulario, incorporaremos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de

terapia de pasos a un medicamento, debemos notificar a los miembros afectados del cambio al menos con 30 días de anticipación a que dicha modificación se haga efectiva. Como alternativa, cuando un miembro solicita un resurtido de un medicamento, podrían recibir un suministro de 30 días del medicamento y la respectiva notificación del cambio.

Si realizamos otros cambios, usted o su recetador pueden pedirnos que hagamos una excepción en su nombre y sigamos cubriendo el medicamento que usted consume. La notificación que le entreguemos también incluirá la información sobre cómo solicitar una excepción, y puede encontrar información en la sección a continuación denominada: “¿Cómo solicitar una excepción al Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?”

Cambios que no le afectarán si actualmente toma el medicamento. Por lo general, si usted consume un medicamento de nuestro formulario 2025 que tenía cobertura al comienzo del año, no descontinuaremos o reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura, salvo en lo descrito anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles al mismo reparto de costo y sin restricciones para aquellos miembros que los consuman por el resto del año de cobertura. Este año no recibirá notificación directa sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios le afectarían y es importante verificar el formulario para el nuevo año de beneficio respecto a cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto está vigente desde el 01/10/2024. Para obtener información actualizada acerca de los medicamentos cubiertos por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la parte frontal y última página.

¿De qué manera utilizo el Formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 17. Los medicamentos en este formulario se agrupan en categorías dependiendo del tipo de condiciones médicas a las que acostumbran tratar. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una condición cardíaca se agrupan en la categoría: “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 17. Luego busque bajo el nombre de categoría para su medicamento.

Listado alfabético

Si no tiene la certeza respecto a en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 281. El Índice proporciona un listado alfabético de todos los medicamentos que se incluyen en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos aparecen en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página en el cual puede encontrar información de cobertura. Consulte la página indicada 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 cubren los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan tan bien como el medicamento de marca y tienen un costo más bajo. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos por lo general pueden sustituirse por medicamentos de marca en la farmacia sin la necesidad de una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

¿Cuáles son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los bioequivalentes?

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría implicar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que tienen mayor complejidad que los fármacos habituales. Dado que los productos biológicos tienen mayor complejidad que los fármacos habituales, en lugar de tener un formato genérico, tienen alternativas que se llaman bioequivalentes. Por lo general, los bioequivalentes funcionan tan bien como el producto biológico original y tienen un costo más bajo. Hay alternativas bioequivalentes para algunos productos biológicos originales. Algunos bioequivalentes son bioequivalentes intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, podrían sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, tal como los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

- Para conocer los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, “La Lista de Medicamentos le indica qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura.”

¿Existe alguna restricción a mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos podrían tener requerimientos adicionales o límites de cobertura. Estos requerimientos y límites podrían contemplar:

- **Autorización Previa:** Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice requiere que usted [o su recetador] obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener aprobación de Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice antes de surtir sus recetas. Si no obtiene aprobación, es probable que no demos cobertura al medicamento.
- **Límites de cantidad:** Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice limitan la cantidad del medicamento al que damos cobertura. Por ejemplo, Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice proporcionan 3 unidades cada 28 días por receta para Ozempic. Esto podría ser además de un suministro de un mes o de tres meses.
- **Terapia de pasos:** En algunos casos, Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice requiere que usted primero intente con ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para dicha

condición. Por ejemplo, si un Medicamento A y un Medicamento B tratan su condición médica, Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice podrían no cubrir el Medicamento B a menos que pruebe primero el Medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, entonces cubriremos el Medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene cualquier requerimiento o límite adicional buscando en el formulario que comienza en la página 17. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a los medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Publicamos documentos en línea que explican nuestra autorización previa y las restricciones de terapia de pasos. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, aparece en la parte frontal y última página.

Usted puede solicitar a Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice que realicen una excepción a estas restricciones o límites o que faciliten una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición de salud. Consulte la sección “¿Cómo solicitar una excepción al formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?” en la siguiente página para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?

Los medicamentos de venta libre son medicamentos sin receta que normalmente no están cubiertos por un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Nuestro plan también cubre ciertos

medicamentos de venta libre como beneficio complementario. (Este beneficio es aparte de su cobertura para medicamentos recetados de Medicare y se describe en el Capítulo 4 de su Evidencia de Cobertura). Algunos medicamentos recetados de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para más información, llame a Servicios para Miembros. El costo de estos medicamentos de venta libre no se contabilizará hacia los costos totales por medicamentos de la Parte D.

¿Qué ocurre si mi medicamento no figura en el Formulario?

Si su medicamento no se incluye en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe contactar a Servicios para Miembros y preguntar si su medicamento tiene cobertura. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, aparece en la parte frontal y última página.

Si usted se entera de que Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice no cubre su medicamento, tiene dos alternativas:

- Puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que tengan cobertura de Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice. Cuando reciba la lista, muéstrela a su médico y pídale que recete un medicamento similar que tenga nuestra cobertura.
- Puede pedirle a Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice que hagan una excepción y cubran su medicamento. Consulte la información acerca de cómo solicitar un excepción.

¿Cómo solicitar una excepción al Formulario de Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice?

Puede pedirle a Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice que hagan una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que usted puede solicitarnos realizar.

- Puede pedirnos que brindemos cobertura a un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. En caso de aprobarse, este medicamento se cubrirá a un nivel de reparto de costos predeterminado y usted no podría optar a pedirnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de reparto de costos inferior.
- Puede solicitarnos que renunciemos a una restricción de cobertura que contemple autorización previa, terapia de pasos o un límite de cantidad en su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice limitan la cantidad del medicamento al que damos cobertura. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que renunciemos al límite y cubramos una cantidad mayor.

Normalmente, Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice sólo aprobarán su solicitud por una excepción si los medicamentos alternativos se incluían en el formulario del plan, o en caso de que la aplicación de dicha restricción no sea tan eficaz para usted y/o propiciara la aparición de efectos adversos.

Usted o su recetador deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción al formulario, incluida una excepción a una

restricción de cobertura. **Cuando solicite una excepción, su médico deberá explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.** Generalmente, debemos tomar nuestra decisión dentro de 72 horas de obtener la declaración de respaldo de su recetador. Usted puede solicitar una decisión expedita (rápida) si usted cree, y nosotros estamos de acuerdo, que su salud podría verse seriamente perjudicada a raíz de una espera de hasta 72 horas para tomar una decisión. En caso de que aceptemos, o si su recetador solicita una decisión rápida, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de que obtengamos la declaración de respaldo de su recetador.

¿Qué puede hacer si mi medicamento no figura en el formulario o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o constante de nuestro plan usted podría estar consumiendo medicamentos que no figuren en nuestro formulario. O, podría estar consumiendo un medicamento que esté en nuestro formulario, pero que tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debería hablar con su recetador sobre solicitar una decisión de cobertura para indicar que usted cumple con los criterios para recibir aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción al formulario para que podamos cubrir el medicamento que usted consume. Si bien usted y su médico determinan el curso de acción indicado que mejor le parezca, nosotros podríamos cubrir un medicamento en determinados casos durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no figuren en nuestro formulario o que tengan restricción de cobertura, cubriremos un

suministro temporal de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar hasta un suministro máximo 30 días de medicamento. En caso de no aprobarse la cobertura, después de su suministro de 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si ha sido un miembro del plan durante menos de 90 días.

Si usted es residente de una instalación de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no figure en nuestro formulario o si su capacidad para obtener su medicamento es limitada, pero sobrepasa los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de dicho medicamento mientras usted se encarga de obtener una excepción al formulario.

Para obtener más información

Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos recetados con Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice, consulte su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice, contáctenos. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, aparece en la parte frontal y última página.

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

Formulario de Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice

El formulario que comienza en la siguiente página proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, diríjase al Índice que comienza en la página 281.

La primera columna del recuadro muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca van en letra mayúscula (por ej., BRILINTA 60 MG EN TABLETA) y los medicamentos genéricos aparecen en minúscula y cursiva (por ej., *bumetanida 0.5 mg en tableta*).

La información en la columna de Requerimientos/Límites le indica si *bumetanida 0.5 mg en tableta* tiene algún requerimiento especial para la cobertura de su medicamento.

CLAVE DE ABREVIATURAS DEL FORMULARIO

LA – Disponibilidad limitada: Esta receta podría estar disponible sólo en determinadas farmacias.

Para obtener más información, consulte el Directorio de Farmacias o llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774. (Usuarios 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 usted deberá obtener aprobación antes de surtir sus recetas. Si no obtiene aprobación, es probable que no demos cobertura al medicamento.

PA – Determinación de Parte B vs. Parte D: Este medicamento recetado podría tener cobertura en virtud de la Parte B o Parte D de Medicare, dependiendo de las circunstancias. Puede que deba enviarse información describiendo el uso y contexto del medicamento para tomar la determinación.

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

ST – Terapia de Pasos: En algunos casos, el Plan requiere que usted primero intente con ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para dicha condición. Por ejemplo, si un Medicamento A y un Medicamento B tratan su condición médica, podríamos no cubrir el Medicamento B a menos que usted pruebe el Medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces cubriremos el Medicamento B.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Analgesics		
Analgesics, Other		
<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)
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 15

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 1.5% topical soln</i>	1	PA
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 18

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>diclofenac sodium-misoprostol -50-0.2 mg</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<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)
<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)
<i>ibu 800 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 15 y 19

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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>indomethacin er 75 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ketorolac tromethamine 10 mg tablet</i>	1	
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 20

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>naproxen 375 mg tablet, dr 375 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<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)
<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 15 y 21

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 15

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 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)
<i>endocet 10-325 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 23

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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, -acetamin 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)
<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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 24

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>hydromorphone hcl 2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<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 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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 25

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
<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 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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 26

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lidocan iii 5% patch</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lidocan iv 5% patch</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lidocan v 5% patch</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LIDODERM 5% PATCH	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 27

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>buprenorphine-naloxone -8-2 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>naltrexone hcl 50 mg tablet</i>	1	
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 15 y 28

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
OPVEE 2.7 MG NASAL SPRAY	1	
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	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML VIAL	1	PA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
<i>gentamicin sulfate 80 mg/2 ml vial, 800 mg/20 ml vial</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 29

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
HUMATIN 250 MG CAPSULE	1	
<i>neomycin sulfate 500 mg tablet</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	
CLEOCIN 2% VAGINAL CREAM	1	
CLEOCIN HCL 75 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 30

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	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	
<i>clindamycin phosphate-d5w 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
METRO IV 500 MG/100 ML	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>metronidazole vaginal 0.75% gl, 250 mg tablet, 375 mg capsule, 500 mg tablet, 500 mg/100 ml</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>tinidazole 250 mg tablet, 500 mg tablet</i>	1	
<i>trimethoprim 100 mg tablet</i>	1	
TYGACIL 50 MG VIAL	1	
<i>vancomycin hcl 1 gm add-van vial, 1 gm vial, hcl 5 gm vial, hcl 10 gm vial, hcl 100 gm smartpak, 500 mg add-van vial, 500 mg vial, 750 mg add-van vial, hcl 750 mg vial</i>	1	
<i>vancomycin hcl 125 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 15 33

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>vancomycin hcl 250 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ZYVOX 100 MG/5 ML SUSPENSION, 600 MG TABLET	1	PA
ZYVOX 600 MG/300 ML-D5W	1	
Beta-lactam, Cephalosporins		
<i>cefactor 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, 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</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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>cefepime hcl 1 gm vial, 2 gram vial</i>	1	
<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 vial, 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 15

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	
<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	
<i>amoxicillin-clavulanate pot er -1,000-62.5 mg tab</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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, 10 gm bottle, 10 gm 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	
BICILLIN L-A L-600,000 UNIT/ML, L-1,200,000 UNITS, L-2,400,000 UNITS	1	
<i>dicloxacillin sodium 250 mg capsule, 500 mg capsule</i>	1	
EXTENCILLINE 1,200,000 UNIT VL, 2,400,000 UNIT VL	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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 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	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ZOSYN 2.25 GM/50 ML GALAXY 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	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 40

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	
<i>ciprofloxacin-d5w 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 750 mg tablet</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	
<i>sulfadiazine 500 mg tablet</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim -20 ml cup, -ds tablet, -ss tablet, -susp</i>	1	
Tetracyclines		
<i>avidoxy 100 mg tablet</i>	1	
<i>demeclocycline hcl 150 mg tablet, 300 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

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

Anticonvulsants

Anticonvulsants, Other

BRIVIACT 10 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (600 PER 30 DAYS)
BRIVIACT 50 MG/5 ML VIAL	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	
DIACOMIT 250 MG CAPSULE, 250 MG POWDER PACKET, 500 MG CAPSULE, 500 MG POWDER PACKET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	1	QL (680 PER 28 DAYS)
FYCOMPA 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 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 15 y 45

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
KEPPRA 100 MG/ML ORAL SOLN, 250 MG TABLET, 500 MG TABLET, 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 15

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, 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>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	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

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

Calcium Channel Modifying Agents

CELONTIN 300 MG CAPSULE	1	
<i>ethosuximide 250 mg capsule, 250 mg/5 ml soln</i>	1	
<i>methsuximide 300 mg capsule</i>	1	
ZARONTIN 250 MG CAPSULE	1	

Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Modulating Agents

<i>clobazam 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 2.5 mg gel sys, 10 mg gel syst, 20 mg gel syst</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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 48

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
LIBERVANT 5 MG FILM, 7.5 MG FILM, 10 MG FILM, 12.5 MG FILM, 15 MG FILM	1	QL (10 PER 30 DAYS)
LYRICA 20 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL (900 PER 30 DAYS)
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)
MYSOLINE 50 MG TABLET, 250 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 49

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 50

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
<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 15 51

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)
<i>vigpoder 500 mg powder packet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	1	PA, QL (1100 PER 30 DAYS)

Sodium Channel Agents

APTIOM 200 MG TABLET, 400 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
APTIOM 600 MG TABLET, 800 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
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	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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>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</i>	1	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ARICEPT 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	
<i>donepezil hcl 5 mg tablet, 10 mg tablet, 23 mg tablet</i>	1	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
<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)
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 15 y 58

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	

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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 60

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
<i>fluoxetine hcl 20 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 15 61

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>fluvoxamine 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)
<i>paroxetine er er 25 mg tablet, er 37.5 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 15 y 62

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
<i>sertraline hcl 100 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 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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, 20 MG TABLET, 40 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 15

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 15

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	

Antiemetics

Antiemetics, Other

<i>chlorpromazine hcl 10 mg tablet, 25 mg tablet, 30 mg/ml conc, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 100 mg/ml conc, 200 mg tablet</i>	1	PA
---	---	----

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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 maleate 5 mg tablet, 10 mg tab</i>	1	
<i>promethazine hcl 6.25 mg/5 ml soln, 6.25 mg/5 ml syrup, 12.5 mg suppos, 12.5 mg tablet, 25 mg suppository, 25 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	PA
<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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
EMEND 80 MG CAPSULE, TRIPACK	1	PA
<i>granisetron hcl 1 mg tablet</i>	1	PA
<i>ondansetron hcl 4 mg/5 ml soln cup, 4 mg/5 ml solution, hcl 4 mg tablet, hcl 8 mg tablet</i>	1	
<i>ondansetron odt odt 4 mg tablet, odt 8 mg tablet</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	PA
CANCIDAS IV 50 MG VIAL, IV 70 MG VIAL	1	
<i>casprofungin 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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 68

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
CRESEMBA 74.5 MG CAPSULE, 186 MG CAPSULE, 372 MG VIAL	1	PA
DIFLUCAN 40 MG/ML SUSPENSION, 100 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	PA
<i>griseofulvin 125 mg/5 ml susp, micro 500 mg tab</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize 125 mg tab, 250 mg tab</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 69

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>itraconazole 100 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<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>micafungin 50 mg vial, 100 mg vial</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 15 y 70

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>colchicine 0.6 mg tablet</i>	1	
COLCRYS 0.6 MG TABLET	1	
<i>probenecid 500 mg tablet</i>	1	
<i>probenecid-colchicine - tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

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

Antimigraine Agents

<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml spry</i>	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
<i>ergotamine-caffeine -1-100mg tb</i>	1	
MIGRANAL NASAL SPRAY	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)

Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Receptor Antagonists

AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML	1	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML	1	PA, QL (2 PER 30 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)
EMGALITY SYRINGE 120 MG/ML	1	PA, QL (2 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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 6 MG/0.5 ML CARTRIDGES, 6 MG/0.5 ML PEN INJECT	1	QL (6 PER 30 DAYS)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 73

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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 TIMESPAN	1	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

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

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, 300 mg tablet</i>	1	
PRIFTIN 150 MG TABLET	1	
<i>pyrazinamide 500 mg tablet</i>	1	
<i>rifampin 150 mg capsule, 300 mg capsule, iv 600 mg vial</i>	1	
SIRTURO 20 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TRECTOR 250 MG TABLET	1	
Antineoplastics		
Alkylating Agents		
<i>cyclophosphamide 25 mg capsule, 25 mg tablet, 50 mg capsule, 50 mg tablet</i>	1	PA
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE	1	
LEUKERAN 2 MG TABLET	1	
MATULANE 50 MG CAPSULE	1	PA
VALCHLOR 0.016% GEL	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 76

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ERLEADA 240 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ERLEADA 60 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
NILANDRON 150 MG TABLET	1	
<i>nilutamide 150 mg tablet</i>	1	
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
Antiestrogens/Modifiers		
FARESTON 60 MG TABLET	1	
ORSERDU 345 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
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>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 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TABLOID 40 MG TABLET	1	
Antineoplastics, Other		
HYDREA 500 MG CAPSULE	1	
<i>hydroxyurea 500 mg capsule</i>	1	
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET	1	PA, QL (5 PER 28 DAYS)
IWILFIN 192 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
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)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG	1	PA, QL (91 PER 28 DAYS)
<i>leucovorin calcium 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab</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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 79

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
LYSODREN 500 MG TABLET	1	
NIPENT 10 MG VIAL	1	
ONUREG 200 MG TABLET, 300 MG TABLET	1	PA, QL (14 PER 28 DAYS)
ORGOVYX 120 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)
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 15

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	
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)
ALUNBRIG 30 MG TABLET	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 15 81

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ALUNBRIG 90 MG TABLET, 90 MG-180 MG TAB PACK, 180 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
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)
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)
BOSULIF 50 MG CAPSULE	1	PA, QL (330 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
COTELLIC 20 MG TABLET	1	PA, QL (63 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 83

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
<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)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/10/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 85

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 86

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
JAYPIRCA 100 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
JAYPIRCA 50 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
KISQALI 400 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (42 PER 28 DAYS)
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)
<i>lapatinib 250 mg tablet</i>	1	PA, QL (180 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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
LENVIMA 8 MG DAILY, 14 MG DAILY, 20 MG DAILY	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 88

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
MEKINIST 2 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
MEKTOVI 15 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
NERLYNX 40 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
NEXAVAR 200 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
NINLARO 2.3 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE	1	PA, QL (3 PER 28 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 (500MG 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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
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 80 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 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 PELLET 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 15 y 90

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 15 91

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 15 y 92

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
TEPMETKO 225 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TIBSOVO 250 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 93

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
VANFLYTA 17.7 MG TABLET, 26.5 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VENCLEXTA 10 MG TAB (10MG X 2), 10 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VONJO 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
VOTRIENT 200 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XALKORI 150 MG PELLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
XALKORI 20 MG PELLET, 50 MG PELLET, 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 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
01/10/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 95

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

Monoclonal Antibody/Antibody-Drug Conjugate

KANJINTI 150 MG VIAL, 420 MG VIAL, 420 MG VIAL W-DILUENT	1	PA
MVASI 100 MG/4 ML VIAL, 400 MG/16 ML VIAL	1	PA
ONTRUZANT 150 MG VIAL, 420 MG VIAL	1	PA
RIABNI 100 MG/10 ML VIAL, 500 MG/50 ML VIAL	1	PA
RUXIENCE 100 MG/10 ML VIAL, 500 MG/50 ML VIAL	1	PA
TRAZIMERA 150 MG VIAL, 420 MG VIAL	1	PA
ZIRABEV 100 MG/4 ML VIAL, 400 MG/16 ML VIAL	1	PA

Retinoids

<i>bexarotene 1% gel, 75 mg capsule</i>	1	PA
PANRETIN 0.1% GEL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 96

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TARGRETIN 1% GEL, 75 MG CAPSULE	1	PA
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	1	PA
Treatment Adjuncts		
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	
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 97

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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 100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab</i>	1	
MALARONE 62.5-25 MG PED TAB, 250-100 MG TABLET	1	
<i>mefloquine hcl 250 mg tablet</i>	1	
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 98

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TASMAR 100 MG TABLET	1	
<i>tolcapone 100 mg tablet</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl 2 mg tablet, 5 mg tablet</i>	1	PA
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	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 100

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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
<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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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
<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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 103

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
ABILIFY MAINTENA 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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
CAPLYTA 10.5 MG CAPSULE, 21 MG CAPSULE, 42 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 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML	1	QL (5 PER 180 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 106

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
LATUDA 80 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 15 y 107

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
<i>paliperidone er 6 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 15 y 108

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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 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 15 y 109

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	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	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 15

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 15

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)
<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)
ZYPREXA 10 MG VIAL	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 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
<i>clozapine 200 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 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
DANTRIUM 25 MG CAPSULE	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
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)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JULUCA 50-25 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 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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 600 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate 600-200-300</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate 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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 116

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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 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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 118

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
RETROVIR 10 MG/ML SYRUP	1	QL (1920 PER 30 DAYS)
RETROVIR 100 MG CAPSULE	1	QL (180 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)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 120

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	1	QL (5 PER 28 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 121

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
LEXIVA 700 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 122

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
REYATAZ 300 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
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		
LIVTENCITY 200 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
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 15 123

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		
MAVYRET 50-20 MG PELLET PACKET, 100-40 MG TABLET	1	PA
<i>ribavirin 200 mg capsule, 200 mg tablet</i>	1	
ZEPATIER 50-100 MG TABLET	1	PA
Anti-influenza Agents		
<i>oseltamivir phosphate 30 mg capsule</i>	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 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 125

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
ZOVIRAX 5% OINTMENT	1	PA
Antiviral, Coronavirus agents		
PAXLOVID (EUA) 150-100 MG PACK	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (EUA) 300-100 MG PACK	1	QL (30 PER 30 OVER TIME)
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)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 126

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>alprazolam er 2 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam er 3 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam er er 0.5 mg tablet, er 1 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam xr 0.5 mg tablet, 1 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam xr 2 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam xr 3 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>buspirone hcl 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 30 mg tablet</i>	1	
<i>chlordiazepoxide hcl 25 mg capsule</i>	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
<i>chlordiazepoxide hcl 5 mg capsule, 10 mg capsule</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 127

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
<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, 100 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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 128

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)

Bipolar Agents

Mood Stabilizers

<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
BYDUREON BCISE 2 MG AUTOINJECT	1	PA, QL (3.4 PER 28 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	PA
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 130

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
<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 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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 131

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>glyburide 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<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	PA
JANUMET 50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET, 100-1,000 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
JANUVIA 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 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 15 y 132

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
JARDIANCE 10 MG TABLET, 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)
<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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 133

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>nateglinide 120 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>nateglinide 60 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
OZEMPIC 0.25-0.5 MG/DOSE PEN, 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 134

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>saxagliptin hcl 2.5 mg tablet, 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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 135

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
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 15 y 136

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 2-PACK SYRINGE -PK 1 MG/0.ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
PROGLYCEM 50 MG/ML ORAL SUSP	1	
Insulins		
HUMALOG 100 UNIT/ML CARTRIDGE, 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 15 y 137

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/10/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 138

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
HUMULIN R U-500 KWIKPEN UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN R U-500 UNIT/ML VIAL	1	PA
<i>insulin pen needle</i>	1	PA
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i>	1	PA
<i>insulin syringe (disp) u-100 1 ml</i>	1	PA
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i>	1	PA
LANTUS 100 UNIT/ML VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
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	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 139

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
NOVOLIN 70-30 70-30 100 UNIT/ML VIAL, RELION 70-30 VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN 70, RELION 70	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN N FLEXPEN N 100 UNIT/ML, RELION N U	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN N N 100 UNIT/ML VIAL, RELION N 100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN R FLEXPEN R 100 UNIT/ML, RELION R U	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN R R 100 UNIT/ML VIAL, RELION R 100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG 100 UNIT/ML VIAL, RELION 100 UNIT/ML VL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG FLEXPEN 100 UNIT/ML, RELION U	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 140

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
NOVOLOG MIX 70-30 70-30 VIAL, RELION 70-30 VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN 70-30 FLEXPEN, RELION 70-30 FLXPN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>omnipod 5 dexg7g6 intro(gen 5)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod 5 dexg7g6 pods (gen 5)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod 5 g6-g7 intro kt(gen5)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod 5 g6-g7 pods (gen 5)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod classic pdm kit(gen 3)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod classic pods (gen 3) pods(gen3) 5pk</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod dash intro kit (gen 4)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod dash pdm kit (gen 4)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 141

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>omnipod dash pods (gen 4) 5pk</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<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	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOLOSTR 300 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)

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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>enoxaparin sodium 100 mg/ml, 150 mg/ml</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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
LOVENOX 100 MG/ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE	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)
<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 15

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 MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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
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
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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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
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		
<i>tranexamic acid 650 mg tablet</i>	1	
Platelet Modifying Agents		
<i>aspirin-dipyridamole er - 25-200 mg</i>	1	
BRILINTA 60 MG TABLET, 90 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 147

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
CABLIVI 11 MG KIT, 11 MG VIAL	1	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>midodrine hcl 2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	
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)
<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 15

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 15 y 150

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 15 y 151

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

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	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
ZESTRIL 2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 30 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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>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, PACERONE 200 MG TABLET	1	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
INDERAL LA 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE, 120 MG CAPSULE, 160 MG CAPSULE	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>propranolol hcl 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	
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>isradipine 2.5 mg capsule, 5 mg capsule</i>	1	
<i>nicardipine hcl 20 mg capsule, 30 mg capsule</i>	1	
<i>nifedipine 10 mg capsule, 20 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	
SULAR ER 8.5 MG TABLET, ER 17 MG TABLET, ER 34 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

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

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	
<i>diltiazem 12hr er er 60 mg cap, er 90 mg cap, er 120 mg cap</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 160

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
<i>taztia xt 120 mg capsule, 180 mg capsule, 240 mg capsule, 300 mg capsule, 360 mg capsule</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 161

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
<i>verapamil sr 120 mg capsule, 180 mg capsule, 240 mg capsule, 360 mg capsule</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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		
<i>acetazolamide 125 mg tablet, 250 mg tablet</i>	1	
<i>acetazolamide er 500 mg cap</i>	1	
<i>aliskiren 150 mg tablet, 300 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>amiloride-hydrochlorothiazide hcl-hetz 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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 165

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 166

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide -150-12.5 mg, -300-12.5 mg</i>	1	QL (30 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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 167

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>losartan-hydrochlorothiazide -50-12.5 mg tab, -100-12.5 mg tab, -100-25 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 168

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>quinapril-hydrochlorothiazide -10-12.5 mg tab, -20-12.5 mg tab, -20-25 mg tab</i>	1	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 169

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	
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	
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 170

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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 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		
<i>amiloride hcl 5 mg tablet</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid -37.5-25 mg cp, -37.5-25 mg tb, -75-50 mg tab</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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 172

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CRESTOR 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	ST, QL (45 PER 30 DAYS)
<i>fluvastatin er 80 mg tablet</i>	1	QL (30 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)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/10/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 173

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
<i>cholestyramine packet, powder</i>	1	
COLESTID 1 GM TABLET	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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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
<i>niacin er 500 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 175

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)

Mineralocorticoid Receptor Antagonists

ALDACTONE 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 176

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 15

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	
VERQUVO 2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)

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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>dextroamphetamine sulfate 10 mg tab</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<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 -amphetam 7.5 mg tab, -amphetam 12.5 mg tab, -amphetamin 10 mg tab, -amphetamin 15 mg tab, -amphetamin 30 mg tab, -amphetamine 5 mg tab</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 15 y 179

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 15 180

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 15 181

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 15 182

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)
VEOZAH 45 MG TABLET	1	PA, QL (30 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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 183

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<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)
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SYRINGE, SYRINGE STARTER PACK	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
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	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
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 phos-benzoyl perox -1.2-5%</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
<i>neuac gel</i>	1	
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 187

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tazarotene 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>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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 188

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 189

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
<i>fluocinonide 0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluocinonide 0.1% cream</i>	1	QL (240 PER 28 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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 190

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
<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
PRUDOXIN 5% CREAM	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 191

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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 0.5% cream</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
ZONALON 5% CREAM	1	PA
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 192

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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, 10-20-30MG START 28 DAY, 20 MG TABLET, 30 MG TABLET	1	PA
<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	
Pediculicidas/Scabicidas		
<i>ivermectin 1% cream</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

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

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	
<i>dextrose 5%-0.225% nacl - 0.22iv sol</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.45% nacl - 0.4iv soln</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.9% nacl -iv soln</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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 195

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
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>magnesium sulfate 50% 1 g/2 ml, 50% 10g/20ml, 50% 25g/50ml, 50% 5 g/10ml, 50% syringe</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>potassium chloride</i> <i>cl10%(20meq/15ml) cup,</i> <i>cl10%(40meq/30ml) cup,</i> <i>cl20%(40meq/15ml) cup, cl</i> <i>2 meq/ml conc, cl 10 meq/5</i> <i>ml conc, cl 10% (20</i> <i>meq/15ml), cl 10% (40</i> <i>meq/30ml), cl 20 meq/10</i> <i>ml conc, cl 20% (40</i> <i>meq/15ml), cl 40 meq/20</i> <i>ml conc, cl 60 meq/30 ml</i> <i>conc, cl er 8 meq capsule, cl</i> <i>er 8 meq tablet, cl er 10</i> <i>meq capsule, cl er 10 meq</i> <i>tablet, cl er 15 meq tablet,</i> <i>cl er 20 meq tablet</i>	1	
<i>potassium chloride in d5lr</i> <i>kcl 20 meqd5w-lact ringer</i>	1	
<i>potassium chloride proamp</i> <i>cl 20 meq/10 ml conc</i>	1	
<i>potassium chloride-0.45%</i> <i>nacl 20 meq-na</i>	1	
<i>potassium chloride-</i> <i>dextrose 5% kcl 20 meq/l in</i> <i>d5w solution</i>	1	
<i>potassium citrate er er 5</i> <i>tab, er 10 tb, er 15 tb</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
<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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 198

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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
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%-50 ml, 5%-iv soln, 10%-iv solution</i>	1	
<i>glucose in water 5%-100 ml, 5%-50 ml</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 200

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
RENVELA 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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 201

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	QL (30 PER 30 DAYS)
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML VIAL	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
RELISTOR 150 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE	1	PA, QL (12 PER 30 DAYS)
Anti-Diarrheal Agents		
<i>alosetron 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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 203

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>metoclopramide hcl 5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml cup, 10 mg/10 ml sol</i>	1	
MOVIPREP POWDER PACKET	1	
MYALEPT 11.3 MG (5 MG/ML) VIAL	1	PA
OICALIVA 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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 205

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SUTAB SU1.479-0.225-0.188 GM	1	
<i>ursodiol 250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet</i>	1	
VOWST CAPSULE	1	PA, QL (12 PER 56 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

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, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml susp</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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
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>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)
<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 15 207

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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

<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	
CARNITOR SF 100 MG/ML ORAL SOL	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 208

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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
ELELYSO 200 UNITS VIAL	1	PA
ENDARI 5 GRAM POWDER PACKET	1	PA
KUVAN 100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET, 500 MG POWDER PACKET	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 209

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
<i>miglustat 100 mg capsule</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>nitisinone 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule, 20 mg capsule</i>	1	
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
REVCIVI 2.4 MG/1.5 ML VIAL	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 210

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>sapropterin dihydrochloride</i> 100 mg powder pkt, 100 mg tablet, 500 mg powder pkt	1	PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> 500mg tb, powder	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)
VYNDAQEL 20 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
WELIREG 40 MG TABLET	1	PA, QL (90 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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 212

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
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>tadalafil 2.5 mg tablet, 5 mg tablet</i>	1	PA, 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	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 214

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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>penicillamine 250 mg tablet</i>	1	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Adrenal)		
ACTHAR GEL 400 UNIT/5 ML VIAL	1	PA
ACTHAR SELFJECT 40 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/ML	1	PA
CORTEF 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 15 y 215

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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>fludrocortisone acetate 0.1 mg tablet</i>	1	
HEMADY 20 MG TABLET	1	
<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	1	
<i>methylprednisolone 4 mg dosepk, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tab, 32 mg tab</i>	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln, 15mg/5ml soln cup</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 216

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

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

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

Androgens

ANDROGEL 1.62% PUMP	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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 218

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dotti 0.025 mg patch, 0.0375 mg patch, 0.05 mg patch, 0.075 mg patch, 0.1 mg patch</i>	1	
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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 221

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ayuna -28 tablet</i>	1	
<i>azurette 28 day 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	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/10/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 223

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>desogestrel-ethinyl estradiol -ee 0.15-0.03 mg tb</i>	1	
<i>dolishale 90-20 mcg tablet</i>	1	
<i>drospirenone-eth estralevomef --3-0.02-0.451, --3-0.03-0.451</i>	1	
<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>enilloring vaginal</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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>falmina -28 tablet</i>	1	
<i>femynor 28 tablet</i>	1	
<i>fyavolv 1 mg-5 mcg tablet</i>	1	
<i>gemmily 1 mg-20 mcg capsule</i>	1	
<i>hailey 21 1.5 mg-30 mcg tab</i>	1	
<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>jinteli 1 mg-5 mcg tablet</i>	1	
<i>jolessa 0.15 mg-0.03 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 225

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
<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	
LAYOLIS FE CHEWABLE TABLET	1	
<i>leena 28 tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/10/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 226

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
<i>levora-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	
<i>low-ogestrel --28 tablet</i>	1	
<i>lutra -28 tablet</i>	1	
<i>marlissa -28 tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/10/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 227

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
<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	
<i>mono-linyah -28 tablet</i>	1	
<i>necon 0.5-35-28 tablet</i>	1	
<i>nikki 3 mg-0.02 mg tablet</i>	1	
<i>norelgestromin-eth estradiol -ee 150-35 mcg/day</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, norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg, norethind-eth estrad 1-0.02 mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 228

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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 0.25-0.035 mg</i>	1	
<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>philith 0.4-0.035 mg tablet</i>	1	
<i>pimtrea 28 day tablet</i>	1	
<i>portia -28 tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
<i>reclipsen 28 day tablet</i>	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>taysofy 1 mg-20 mcg capsule</i>	1	
<i>tilia fe 28 tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/10/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 230

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tri-estarylla -tablet</i>	1	
<i>tri-legest fe --28 day tablet</i>	1	
<i>tri-linyah -tablet</i>	1	
<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-sprintec -tablet</i>	1	
<i>tri-vylibra -28 tablet</i>	1	
<i>tri-vylibra lo -tablet</i>	1	
<i>trivora-28 -tablet</i>	1	
<i>turqoz -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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/10/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 231

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>viorele 28 day tablet</i>	1	
<i>volnea 0.15-0.02-0.01 mg tab</i>	1	
<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	
<i>xulane 150-35 mcg/day patch</i>	1	
YASMIN 28 TABLET	1	
YAZ 28 TABLET	1	
<i>zafemy 150-35 mcg/day patch</i>	1	
<i>zovia 1-35 -tablet</i>	1	
<i>zumandimine 3 mg-0.03 mg tab</i>	1	
Progestins		
<i>camila 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>deblitane 0.35 mg tablet</i>	1	
DEPO-PROVERA -150 MG/ML SYRINGE, -150 MG/ML VIAL	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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>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	
<i>nora-be nora-be tablet, nora-be tablet</i>	1	
<i>norethindrone 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>norethindrone ac (lupaneta) norethindr 5 mg tb</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/10/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 233

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>norethindrone acetate 5 mg tablet</i>	1	
OJEMDA 100 MG TAB (400MG DOSE), 100 MG TAB (600MG DOSE)	1	PA, QL (24 PER 28 DAYS)
<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	
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	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Thyroid)		
CYTOMEL 5 MCG TABLET, 25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 235

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/10/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 236

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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 TABLET	1	

Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or 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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
KORLYM 300 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>leuprolide acetate 14 mg/2.8 ml kt, 14 mg/2.8 ml vial</i>	1	PA
<i>leuprolide depot 22.5 mg vial</i>	1	PA
LUPRON DEPOT (LUPANETA) 3.75MG	1	PA
LUPRON DEPOT 3.75 MG KIT, -4 MONTH KIT, 7.5 MG KIT	1	PA
LUPRON DEPOT-PED - 11.25 MG 3MO, -45 MG 6MO KIT, -7.5 MG KIT	1	PA
<i>mifepristone 300 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>octreotide acetate acet 0.05 mg/ml vial, 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 vial, acet 200 mcg/ml vial, acet 500 mcg/ml amp, acet 500 mcg/ml syr, acet 500 mcg/ml vial, 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 15 y 239

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 240

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

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 28 DAYS)
HAEGARDA 3,000 UNIT VIAL	1	PA, QL (18 PER 28 DAYS)
<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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Immunoglobulins		
ATGAM 50 MG/ML AMPUL	1	PA
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
THYMOGLOBULIN 25 MG VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 242

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Immunological Agents, Other		
ARCALYST 220 MG VIAL	1	PA
BENLYSTA 200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE	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
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG	1	PA
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN, 300 MG/2 ML PEN	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 243

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
DUPIXENT SYRINGE 100 MG/0.67 ML SYRING, 200 MG/1.14 ML SYRING, 300 MG/2 ML SYRINGE	1	PA
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	
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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 245

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE, 180 MCG/ML VIAL	1	PA
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
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET	1	PA
<i>cyclosporine 25 mg capsule, 100 mg capsule</i>	1	PA
<i>cyclosporine modified 25 mg, 50 mg, 100 mg, 100mg/ml</i>	1	PA
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE, 25 MG/0.5 ML VIAL, 50 MG/ML SYRINGE	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 246

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ENBREL MINI 50 MG/ML CARTRIDGE	1	PA
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML	1	PA
ENVARUSUS XR 0.75 MG TABLET, 1 MG TABLET, 4 MG TABLET	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
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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 247

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML	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
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 248

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet</i>	1	PA
<i>mycophenolic acid dr 180 mg, dr 360 mg</i>	1	PA
MYFORTIC 180 MG TABLET	1	PA
MYHIBBIN 200 MG/ML SUSPENSION	1	PA
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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 249

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
RAPAMUNE 1 MG/ML ORAL SOLN	1	PA
RENFLEXIS 100 MG VIAL	1	PA
REZUROCK 200 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 100 MG/ML SOLN	1	PA
<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	QL (1 PER 365 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 250

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ACTHIB VIAL, WITH DILUENT	1	
ADACEL TDAP SYRINGE, VIAL	1	
AREXVY VIAL KIT	1	QL (1 PER 999 OVER TIME)
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 15 y 251

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE) 0.5 ML VIAL(STOCKPILE)	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 252

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	QL (0.5 PER 999 OVER TIME)
PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	1	
PEDVAXHIB VACCINE VIAL	1	
PENBRAYA KIT	1	
PENTACEL VIAL KIT	1	
PREHEVBRIIO 10 MCG/ML VIAL	1	PA
PRIORIX VIAL	1	
PROQUAD VIAL	1	
QUADRACEL DTAP-IPV -SYRINGE, -VIAL	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 253

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCIN	1	
TWINRIX VACCINE SYRINGE	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
YF-VAX -1 VIAL, -5 VIAL	1	

Inflammatory Bowel Disease Agents

Aminosalicylates

APRISO ER 0.375 GRAM CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
AZULFIDINE 500 MG TABLET, ENTAB 500 MG	1	
<i>balsalazide disodium 750 mg cp</i>	1	
CANASA 1,000 MG SUPPOSITORY	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 256

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
<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>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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 257

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

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)
ATELVIA DR 35 MG TABLET	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>calcitonin-salmon -200 unit spr</i>	1	
<i>calcitriol 0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml solution</i>	1	
<i>cinacalcet hcl 30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet</i>	1	PA
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>paricalcitol 1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 4 mcg capsule</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 258

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
<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 620 MCG/2.48 ML	1	PA
TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTR	1	PA
XGEVA 120 MG/1.7 ML VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/10/2024 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 259

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 15 y 260

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	
XDEMVIY 0.25% DROP	1	PA
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>gatifloxacin 0.5% eye drops</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 261

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>gentamicin sulfate 0.3% eye drop</i>	1	
LACRISERT 5 MG EYE INSERT	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 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

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	
Ophthalmic Anti-inflammatory		
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	
<i>difluprednate 0.05% eye drop</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
<i>prednisolone sodium phosphate 1% eye drop</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 264

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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 15

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 15 y 266

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 15

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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 268

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</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>cetirizine hcl 1 mg/ml soln, 1 mg/ml syrup</i>	1	
<i>clemastine fumarate 2.68 mg tab</i>	1	PA
<i>cyproheptadine hcl 2 mg/5 ml soln, 2 mg/5 ml syrup, 4 mg tablet, 4 mg/10 ml syrpr</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 269

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tablet</i>	1	
<i>olopatadine hcl 665 mcg nasal spray</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)
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG INH	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 270

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG, 2.5 MCG	1	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>tiotropium bromide 18 mcg cap-inhaler</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proair hfa)</i>	1	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proventil hfa)</i>	1	QL (13.4 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 15 y 271

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 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		
CAYSTON 75 MG INHAL SOLUTION	1	PA
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 15 y 272

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	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		
DALIRESP 250 MCG TABLET, 500 MCG 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 15 y 273

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 274

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
<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)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 275

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
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 (10.3 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 (10.3 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 276

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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 (13 PER 30 DAYS)
FASENRA 10 MG/0.5 ML SYRINGE, 30 MG/ML SYRINGE	1	PA
FASENRA PEN 30 MG/ML	1	PA
<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
ORALAIR 300 IR ADULT SAMPLE KT, 300 IR STARTER PACK, 300 IR SUBLINGUAL TAB	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
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 15 y 277

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>carisoprodol 350 mg tablet</i>	1	
<i>chlorzoxazone 500 mg tablet</i>	1	
<i>cyclobenzaprine hcl 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	
<i>methocarbamol 500 mg tablet, 750 mg tablet</i>	1	
<i>vanadom 350 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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 278

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>doxepin hcl 3 mg tablet, 6 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>eszopiclone 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
HETLIOZ 20 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<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)
<i>zolpidem tartrate er er 6.25 mg tab, er 12.5 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 15 y 279

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

Índice de medicamentos

A

abacavir.....	117	AIMOVIG	
abacavir-lamivudine.....	117	AUTOINJECTOR.....	72
ABILIFY.....	104	ak-poly-bac.....	261
ABILIFY ASIMTUFII.....	104	AKEEGA.....	81
ABILIFY MAINTENA.....	104	ALA-CORT.....	188
abiraterone acetate.....	76	albendazole.....	97
ABRYOVO.....	250	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic ProAir HFA).....	271
acamprosate calcium.....	27	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic Proventil HFA).....	271
acarbose.....	129,130	albuterol sulfate.....	271,272
ACCOLATE.....	270	alclometasone dipropionate.....	188
accutane.....	186	ALDACTONE.....	176
acebutolol hcl.....	155	ALECENSA.....	81
acetaminophen-codeine.....	23	alendronate sodium.....	258
acetazolamide.....	163	alfuzosin hcl er.....	213
acetazolamide er.....	163	aliskiren.....	163
acetic acid.....	267	allopurinol.....	71
acetylcysteine.....	276	alose tron hcl.....	203
acitretin.....	186	ALPHAGAN P.....	266
ACTHAR.....	215	alprazolam.....	126
ACTHAR SELFJECT.....	215	alprazolam er.....	127
ACTHIB.....	251	alprazolam xr.....	127
ACTIMMUNE.....	245	ALTACE.....	152
ACTOS.....	130	altavera.....	222
ACULAR.....	263	ALUNBRIG.....	81,82
ACULAR LS.....	263	alyacen.....	222
acyclovir.....	125	amabelz.....	222
acyclovir sodium.....	125	amantadine.....	99
ADACEL TDAP.....	251	AMBISOME.....	68
ADCIRCA.....	274	ambrisentan.....	274
ADDERALL XR.....	178	amethia.....	222
adefovir dipivoxil.....	124	amethyst.....	222
ADEMPAS.....	274	amikacin sulfate.....	29
ADLARITY.....	55	amiloride hcl.....	171
ADVAIR HFA.....	276	amiloride- hydrochlorothiazide.....	163
AFINITOR.....	81	amiodarone hcl.....	154
AFINITOR DISPERZ.....	81	amitriptyline hcl.....	65
afirmelle.....	222		
AGRYLIN.....	145		

amlodipine besylate.....	158	aripiprazole odt.....	105
amlodipine besylate- benazepril.....	163	ARISTADA.....	105
amlodipine-atorvastatin.....	164	ARISTADA INITIO.....	105
amlodipine-olmesartan.....	164	armodafinil.....	280
amlodipine-valsartan.....	164	ARNUITY ELLIPTA.....	268
amlodipine-valsartan-hctz... 164		AROMASIN.....	81
ammonium lactate.....	188	ARTHROTEC 50.....	17
amnesteem.....	186	ARTHROTEC 75.....	17
amoxapine.....	65	asenapine maleate.....	105
amoxicillin.....	36	ashlyna.....	222
amoxicillin-clavulanate pot er.....	36	ASMANEX.....	268
amoxicillin-clavulanate potass.....	37	ASMANEX HFA.....	268
amphotericin b.....	68	aspirin-dipyridamole er.....	147
amphotericin b liposome.....	68	ASTAGRAF XL.....	246
ampicillin sodium.....	37	ATACAND.....	150
ampicillin trihydrate.....	37	ATACAND HCT.....	164
ampicillin-sulbactam.....	37	atazanavir sulfate.....	121
AMPYRA.....	183	ATELVIA.....	258
anagrelide hcl.....	145	atenolol.....	155
anastrozole.....	80	atenolol-chlorthalidone.....	164
ANDROGEL.....	218	ATGAM.....	242
ANORO ELLIPTA.....	276	atomoxetine hcl.....	180
APOKYN.....	100	atorvastatin calcium.....	172
apomorphine hcl.....	100	atovaquone.....	97
aprepitant.....	67	atovaquone-proguanil hcl.....	98
apri.....	222	atropine sulfate.....	260
APRISO.....	255	ATROVENT HFA.....	270
APTIOM.....	52	aubra.....	222
APTIVUS.....	121	aubra eq.....	222
aqua care sodium chloride.....	195	AUGTYRO.....	82
aranelle.....	222	aurovela.....	222
ARANESP.....	145	aurovela 24 fe.....	222
ARCALYST.....	243	aurovela fe.....	222
AREXVY.....	251	AURYXIA.....	200
ARICEPT.....	56	AUSTEDO.....	182
ARIKAYCE.....	29	AUSTEDO XR.....	182
ARIMIDEX.....	80	AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	182
aripiprazole.....	104,105	AUVELITY.....	57
		AVALIDE.....	164
		AVAPRO.....	150

aviane.....	222	BENICAR.....	150
avidoxy.....	42	BENICAR HCT.....	165
AVITA.....	186	BENLYSTA.....	243
AVODART.....	214	BENZAMYCIN.....	186
AVONEX.....	183	benznidazole.....	97
AVONEX PEN.....	183	benztropine mesylate.....	99
ayuna.....	223	BESIVANCE.....	261
AYVAKIT.....	82	BESREMI.....	245
AZACTAM.....	30	betaine anhydrous.....	208
AZASAN.....	246	betamethasone diprop augmented.....	188
azathioprine.....	246	betamethasone dipropionate.....	189
azelaic acid.....	186	betamethasone valerate.....	189
azelastine hcl.....	263,269	BETASERON.....	183
AZELEX.....	186	betaxolol hcl.....	156,265
AZILECT.....	102	bethanechol chloride.....	215
azithromycin.....	39	BETOPTIC S.....	265
AZOPT.....	266	bexarotene.....	96
AZOR.....	164	BEXSERO.....	251
aztreonam.....	30	bicalutamide.....	76
AZULFIDINE.....	255	BICILLIN L-A.....	37
azurette.....	223	BIKTARVY.....	115
B		BILTRICIDE.....	97
bacitracin.....	261	bimatoprost.....	266
bacitracin-polymyxin.....	261	bismuth-metronidazole- tetracyc.....	204
baclofen.....	114	bisoprolol fumarate.....	156
BACTRIM.....	42	bisoprolol- hydrochlorothiazide.....	165
BACTRIM DS.....	42	blisovi 24 fe.....	223
balsalazide disodium.....	255	blisovi fe.....	223
BALVERSA.....	82	BOOSTRIX TDAP.....	251
balziva.....	223	bosentan.....	274
BANZEL.....	52	BOSULIF.....	82
BAQSIMI.....	136	BRAFTOVI.....	83
BARACLUDE.....	124	BREO ELLIPTA.....	276
BCG VACCINE (TICE STRAIN).....	251	breyana.....	276
BELBUCA.....	21	BREZTRI AEROSPHERE.....	276
BELSOMRA.....	278	briellyn.....	223
benazepril hcl.....	152	BRILINTA.....	147
benazepril- hydrochlorothiazide.....	165		

brimonidine tartrate.....	266	calcium acetate.....	200
brimonidine tartrate-timolol	260	CALQUENCE.....	83
brinzolamide.....	266	camila.....	232
BRIVIACT.....	44	camrese.....	223
bromfenac sodium.....	263	camrese lo.....	223
bromocriptine mesylate.....	100	CANASA.....	255
BRUKINSA.....	83	CANCIDAS.....	68
budesonide.....	268	candesartan cilexetil.....	150
budesonide dr.....	257	candesartan-	
budesonide ec.....	257	hydrochlorothiazid.....	165
budesonide er.....	257	CAPLYTA.....	105
budesonide-formoterol		CAPRELSA.....	83
fumarate.....	276	captopril.....	152
bumetanide.....	170	CARAFATE.....	206
BUPHENYL.....	208	CARBAGLU.....	195
buprenorphine.....	21	carbamazepine.....	52
buprenorphine hcl.....	27	carbamazepine er.....	52
buprenorphine-naloxone.....	27,28	CARBATROL.....	53
bupropion hcl.....	57	carbidopa.....	101
bupropion hcl sr.....	29,57,58	carbidopa-levodopa.....	101
bupropion hcl sr 150mg		carbidopa-levodopa er.....	101
tablet.....	57	carbidopa-levodopa-	
bupropion xl.....	58	entacapone.....	99
bupirone hcl.....	127	CARDIZEM.....	160
butalbital-acetaminophen.....	17	CARDIZEM CD.....	160
butalbital-acetaminophen-		CARDIZEM LA.....	160
caffe.....	17	CARDURA.....	149
butalbital-aspirin-caffeine.....	17	carglumic acid.....	195
butorphanol tartrate.....	23	carisoprodol.....	278
BUTRANS.....	22	CARNITOR.....	208
BYDUREON BCISE.....	130	CARNITOR SF.....	208
BYSTOLIC.....	156	carteolol hcl.....	265
C		cartia xt.....	160
cabergoline.....	238	carvedilol.....	156
CABLIVI.....	148	carvedilol er.....	156
CABOMETYX.....	83	CASODEX.....	76
calcipotriene.....	192	caspofungin acetate.....	68
calcitonin-salmon.....	258	CAYSTON.....	272
calcitrene.....	192	cefaclor.....	34
calcitriol.....	258	cefadroxil.....	34
		cefazolin sodium.....	34

cefazolin sodium-dextrose	34	cimetidine	206
cefdinir	34	cinacalcet hcl	258
cefepime	34	CINRYZE	241
cefepime hcl	35	CIPRO	41
cefepime-dextrose	35	CIPRODEX	267
cefixime	35	ciprofloxacin hcl	41,261
cefoxitin	35	ciprofloxacin-d5w	41
cefoxitin sodium	35	ciprofloxacin-	
cefpodoxime proxetil	35	dexamethasone	267
cefprozil	35	citalopram hbr	60
ceftazidime	35	claravis	186
ceftriaxone	35	clarithromycin	39
cefuroxime	36	clarithromycin er	39
cefuroxime sodium	36	clemastine fumarate	269
CELEBREX	17,18	CLEOCIN	30
celecoxib	18	CLEOCIN HCL	30
CELEXA	60	CLEOCIN PHOSPHATE	31
CELLCEPT	246	CLEOCIN T	31
CELONTIN	48	clindacin etz	31
cephalexin	36	clindacin p	31
CEREZYME	209	clindamycin (pediatric)	31
cetirizine hcl	269	clindamycin hcl	31
cevimeline hcl	185	clindamycin phos-benzoyl	
chateal	223	perox	186
chateal eq	223	clindamycin phosphate	31
CHEMET	198	clindamycin phosphate-d5w	31
CHENODAL	204	clindamycin-0.9% nacl	32
chlordiazepoxide hcl	127	clindamycin-benzoyl	
chlorhexidine gluconate	185	peroxide	187
chloroquine phosphate	98	clobazam	48
chlorpromazine hcl	66	clobetasol emollient	189
chlorthalidone	171	clobetasol propionate	189
chlorzoxazone	278	clodan	189
cholestyramine	174	clomipramine hcl	65
cholestyramine light	174	clonazepam	127,128
CHORIONIC		clonidine	148
GONADOTROPIN	217	clonidine hcl	148
ciclodan	68	clonidine hcl er	180
ciclopirox	68,69	clopidogrel	148
cilostazol	148	clorazepate dipotassium	128
CIMDUO	117	clotrimazole	69

clotrimazole-betamethasone	192	cryselle	223
clozapine	113,114	CRYSVITA	209
clozapine odt	114	CUBICIN	32
CLOZARIL	114	CUBICIN RF	32
COARTEM	98	cyclobenzaprine hcl	278
codeine sulfate	23	cyclophosphamide	76
COLAZAL	256	cycloserine	75
colchicine	71	CYCLOSET	130
COLCRYS	71	cyclosporine	246
COLESTID	174	cyclosporine modified	246
colestipol hcl	174	CYMBALTA	60
colistimethate	32	cyproheptadine hcl	269
COMBIGAN	260	cyred	223
COMBIPATCH	223	cyred eq	223
COMBIVENT RESPIMAT	277	CYSTADANE	209
COMETRIQ	83	CYSTADROPS	260
COMPLERA	117	CYSTAGON	209
compro	67	CYSTARAN	260
COMTAN	99	CYTOMEL	234
constulose	202	CYTOTEC	206
COPAXONE	183,184	D	
COPIKTRA	83	dabigatran etexilate	142
COREG CR	156	dalfampridine er	184
CORLANOR	165	DALIRESP	273
CORTEF	215	DALVANCE	32
COSENTYX (2 SYRINGES)	243	danazol	218
COSENTYX SENSOREADY (2 PENS)	243	DANTRIUM	114
COSENTYX SENSOREADY PEN	243	dantrolene sodium	115
COSENTYX SYRINGE	243	dapsone	75
COSENTYX UNOREADY PEN	243	DAPTACEL DTAP	251
COSOPT	260	daptomycin	32
COTELLIC	83	DARAPRIM	98
COZAAR	150	darifenacin er	212
CREON	209	darunavir	121
CRESEMBA	69	dasetta	223
CRESTOR	172,173	DAURISMO	84
cromolyn sodium	209,263,273	DAYPRO	18
		daysee	223
		DAYVIGO	278
		DDAVP	217

deblitane.....	232	dextrose 2.5%-0.45% nacl....	195
deferasirox.....	198	dextrose 5%-0.2% nacl.....	195
DELSTRIGO.....	116	dextrose 5%-0.225% nacl....	195
DELZICOL.....	256	dextrose 5%-0.45% nacl.....	195
demeclocycline hcl.....	42	dextrose 5%-0.9% nacl.....	195
DEMSEER.....	165	dextrose in water.....	199
DENGVAXIA.....	251	DIACOMIT.....	44
DEPAKOTE.....	44	diazepam.....	48,128
DEPAKOTE ER.....	44	diazoxide.....	136
DEPAKOTE SPRINKLE.....	44	diclofenac potassium.....	18
DEPEN.....	215	diclofenac sodium.....	18,192,263
DEPO-ESTRADIOL.....	219	diclofenac sodium er.....	18
DEPO-PROVERA.....	232	diclofenac sodium-	
DEPO-SUBQ PROVERA		misoprostol.....	19
104.....	233	dicloxacillin sodium.....	37
DEPO-TESTOSTERONE.....	218	dicyclomine hcl.....	204
dermacinrx lidocan.....	26	DIFICID.....	40
DESCOVY.....	117	DIFLUCAN.....	69
desipramine hcl.....	65	difluprednate.....	263
desloratadine.....	270	digitek.....	165
desmopressin acetate.....	217	digoxin.....	166
desogestr-eth estrad eth		dihydroergotamine mesylate.....	72
estra.....	223	DILANTIN.....	53
desogestrel-ethinyl estradiol.....	224	DILANTIN-125.....	53
desonide.....	189	dilt-xr.....	160
desoximetasone.....	190	diltiazem 12hr er.....	160
desvenlafaxine succinate er.....	60	diltiazem 24hr er.....	161
DETROL.....	212	diltiazem 24hr er (cd).....	161
DETROL LA.....	212	diltiazem 24hr er (la).....	161
dexamethasone.....	216	diltiazem 24hr er (xr).....	161
dexamethasone sodium		diltiazem hcl.....	161
phosphate.....	263	dimethyl fumarate.....	184
DEXEDRINE.....	178	DIOVAN.....	151
dexmethylphenidate hcl.....	180	DIOVAN HCT.....	166
dextroamphetamine sulfate.....	179	DIPENTUM.....	256
dextroamphetamine sulfate		diphenoxylate-atropine.....	203
er.....	179	DIPHThERIA-TETANUS	
dextroamphetamine-amphet		TOXOIDS-PED.....	251
er.....	179	DIPROLENE.....	190
dextroamphetamine-		dipyridamole.....	148
amphetamine.....	179	disulfiram.....	27

divalproex sodium.....	45	efavirenz-emtricitenofovir	
divalproex sodium er.....	45	disop.....	116
DIVIGEL.....	219	efavirenz-lamivudine-tenofovir	
dofetilide.....	154	disop.....	116
dolishale.....	224	EFFEXOR XR.....	61
donepezil hcl.....	56	EFUDEX.....	192
donepezil hcl odt.....	56	ELELYSO.....	209
dorzolamide hcl.....	266	ELIDEL.....	190
dorzolamide-timolol.....	260	ELIGARD.....	238
dotti.....	220	elinest.....	224
DOVATO.....	115	ELIQUIS.....	142
doxazosin mesylate.....	149	eluryng.....	224
doxepin hcl.....	66,190,279	EMEND.....	68
doxy 100.....	43	EMGALITY PEN.....	72
doxycycline hyclate.....	43	EMGALITY SYRINGE.....	72
doxycycline ir-dr.....	187	EMSAM.....	59
doxycycline monohydrate.....	43	emtricitabine.....	118
dronabinol.....	67	emtricitabine-tenofovir	
drospirenone-eth estradiol		disop.....	118
levomef.....	224	EMTRIVA.....	118
drospirenone-ethinyl		emzahh.....	233
estradiol.....	224	enalapril maleate.....	152
droxidopa.....	148	enalapril-	
DUAVEE.....	234	hydrochlorothiazide.....	166
DULERA.....	277	ENBREL.....	246
duloxetine hcl.....	60	ENBREL MINI.....	247
DUPIXENT PEN.....	243	ENBREL SURECLICK.....	247
DUPIXENT SYRINGE.....	244	ENDARI.....	209
DUREZOL.....	264	endocet.....	23
dutasteride.....	214	ENGERIX-B ADULT.....	251
dutasteride-tamsulosin.....	214	ENGERIX-B PEDIATRIC-	
E		ADOLESCENT.....	251
E.E.S. 200.....	40	enilloring.....	224
ec-naproxen.....	19	enoxaparin sodium.....	143
econazole nitrate.....	69	enpresse.....	224
EDARBI.....	151	enskyce.....	224
EDARBYCLOR.....	166	entacapone.....	99
EDURANT.....	116	entecavir.....	124
efavirenz.....	116	ENTRESTO.....	166
		ENTRESTO SPRINKLE.....	166
		enulose.....	202

ENVARUSUS XR	247	eszopiclone	279
EPIDIOLEX	45	ethambutol hcl	75
epinastine hcl	263	ethosuximide	48
epinephrine	272	ethynodiol-ethinyl estradiol	224
epitol	53	etodolac	19
EPIVIR	118	etodolac er	19
eplerenone	176	etonogestrel-ethinyl	
EPRONTIA	45	estradiol	224
EPZICOM	118	etravirine	116
ergotamine-caffeine	72	EUTHYROX	235
ERIVEDGE	84	everolimus	84,247
ERLEADA	77	EVISTA	234
erlotinib hcl	84	EVOTAZ	121
errin	233	EXELON	56
ertapenem	39	exemestane	81
ery	40	EXFORGE	167
ERY-TAB	40	EXFORGE HCT	167
ERYPED 200	40	EXJADE	199
ERYPED 400	40	EXKIVITY	84
ERYTHROCIN		EXTENCILLINE	37
LACTOBIONATE	40	EYSUVIS	264
ERYTHROCIN		ezetimibe	174
STEARATE	40	ezetimibe-simvastatin	174
erythromycin	40,261	F	
erythromycin ethylsuccinate	41	falmina	225
erythromycin lactobionate	41	famciclovir	126
erythromycin-benzoyl		famotidine	206
peroxide	187	FANAPT	106
ESBRIET	275	FARESTON	78
escitalopram oxalate	61	FARXIGA	130
ESGIC	17	FASENRA	277
esomeprazole magnesium	207	FASENRA PEN	277
estarylla	224	felbamate	45
ESTRACE	220	felodipine er	158
estradiol	220	FEMARA	81
estradiol (once weekly)	220	femynor	225
estradiol (twice weekly)	220	fenofibrate	172
estradiol valerate	221	fenofibric acid	172
estradiol-norethindrone		fentanyl	22
acetat	224	fentanyl citrate	24
ESTRING	221		

fesoterodine fumarate er.....	212	fosinopril sodium.....	152
FETZIMA.....	61	fosinopril-	
FINACEA.....	187	hydrochlorothiazide.....	167
finasteride.....	214	FOSRENOL.....	200
fingolimod.....	184	FOTIVDA.....	84
FINTEPLA.....	45	FRUZAQLA.....	84,85
FIRAZYR.....	241	FULPHILA.....	146
FIRMAGON.....	238	furosemide.....	171
flac otic oil.....	267	FUZEON.....	120
FLAGYL.....	32	fyavolv.....	225
flecainide acetate.....	154	FYCOMPA.....	45
FLOMAX.....	214	G	
fluconazole.....	69	gabapentin.....	48,49
fluconazole-nacl.....	69	galantamine er.....	56
flucytosine.....	69	galantamine hbr.....	56
fludrocortisone acetate.....	216	galantamine hydrobromide.....	56
flunisolide.....	268	GAMMAGARD LIQUID.....	242
fluocinolone acetonide.....	190	GAMMAGARD S-D.....	242
fluocinolone acetonide oil.....	267	GAMMAPLEX.....	242
fluocinonide.....	190	GAMUNEX-C.....	242
fluocinonide-e.....	190	GARDASIL 9.....	252
fluorometholone.....	264	gatifloxacin.....	261
fluorouracil.....	192	GATTEX.....	204
fluoxetine dr.....	61	GAUZE PADS &	
fluoxetine hcl.....	61,62	DRESSINGS - PADS 2 X	2130
fluphenazine decanoate.....	102	gavilyte-c.....	204
fluphenazine hcl.....	102	gavilyte-g.....	204
flurbiprofen.....	19	gavilyte-n.....	204
flurbiprofen sodium.....	264	GAVRETO.....	85
fluticasone propionate.....	190,268	gefitinib.....	85
fluticasone propionate hfa.....	269	gemfibrozil.....	172
fluticasone-salmeterol.....	277	gemmily.....	225
fluvastatin er.....	173	GEMTESA.....	212
fluvastatin sodium.....	173	generlac.....	202
fluvoxamine maleate.....	62	gengraf.....	247
FML.....	264	gentamicin sulfate.....	29,194,262
FOCALIN.....	180	gentamicin sulfate in ns.....	30
fondaparinux sodium.....	143	GENVOYA.....	115
FORTEO.....	258	GEODON.....	106
FOSAMAX.....	258	GILENYA.....	184
fosamprenavir calcium.....	121		

GILOTRIF.....	85	HADLIMA(CF)	
glatiramer acetate.....	184	PUSHTOUCH.....	247
glatopa.....	184	HAEGARDA.....	241
GLEEVEC.....	85	hailey.....	225
GLEOSTINE.....	76	hailey 24 fe.....	225
glimepiride.....	130	hailey fe.....	225
glipizide.....	130,131	HALDOL DECANOATE	
glipizide er.....	131	100.....	102
glipizide xl.....	131	HALDOL DECANOATE	
glipizide-metformin.....	131	50.....	102
GLUCAGEN.....	136	halobetasol propionate.....	190
GLUCAGON EMERGENCY		haloette.....	225
KIT.....	136	haloperidol.....	103
glucose in water.....	199	haloperidol decanoate.....	103
GLUCOTROL XL.....	131	haloperidol decanoate 100.....	103
glyburide.....	131,132	haloperidol lactate.....	103
glyburide micronized.....	132	HAVRIX.....	252
glyburide-metformin hcl.....	132	heather.....	233
glycopyrrolate.....	204	HEMADY.....	216
GLYXAMBI.....	132	heparin sodium.....	143
GOLYTELY.....	204	HEPLISAV-B.....	252
granisetron hcl.....	68	HETLIOZ.....	279
GRANIX.....	146	HIBERIX.....	252
griseofulvin.....	69	hidex.....	216
griseofulvin ultramicrosize.....	69	HUMALOG.....	137
guanfacine hcl.....	148	HUMALOG JUNIOR	
guanfacine hcl er.....	181	KWIKPEN.....	138
GVOKE.....	137	HUMALOG KWIKPEN U-	
GVOKE HYPOPEN 1-		100.....	138
PACK.....	137	HUMALOG KWIKPEN U-	
GVOKE HYPOPEN 2-		200.....	138
PACK.....	137	HUMALOG MIX 50-50	
GVOKE PFS 1-PACK		KWIKPEN.....	138
SYRINGE.....	137	HUMALOG MIX 75-25.....	138
GVOKE PFS 2-PACK		HUMALOG MIX 75-25	
SYRINGE.....	137	KWIKPEN.....	138
H		HUMALOG TEMPO PEN U-	
HADLIMA.....	247	100.....	138
HADLIMA PUSHTOUCH.....	247	HUMATIN.....	30
HADLIMA(CF).....	247	HUMIRA.....	247
		HUMIRA PEN.....	248

HUMIRA(CF)	248	ICLUSIG	85
HUMIRA(CF) PEN	248	icosapent ethyl	174,175
HUMIRA(CF) PEN		IDHIFA	86
CROHN'S-UC-HS	248	ILEVRO	264
HUMIRA(CF) PEN		imatinib mesylate	86
PEDIATRIC UC	248	IMBRUVICA	86
HUMIRA(CF) PEN PSOR-		imipenem-cilastatin sodium	39
UV-ADOL HS	248	imipramine hcl	66
HUMULIN 70-30	138	imiquimod	193
HUMULIN 70/30		IMITREX	73
KWIKPEN	138	IMOVAX RABIES	
HUMULIN N	138	VACCINE	252
HUMULIN N KWIKPEN	138	IMPAVIDO	32
HUMULIN R	138	IMURAN	248
HUMULIN R U-500	139	INBRIJA	101
HUMULIN R U-500		incassia	233
KWIKPEN	139	INCRELEX	218
hydralazine hcl	177	INCRUSE ELLIPTA	270
HYDREA	79	indapamide	172
hydrochlorothiazide	171	INDERAL LA	156
hydrocodone bitartrate er	22	INDERAL XL	157
hydrocodone-acetaminophen	24	indomethacin	20
hydrocodone-ibuprofen	24	indomethacin er	20
hydrocortisone	191,216,257	INFANRIX DTAP	252
hydrocortisone butyrate	191	INLYTA	86
hydrocortisone valerate	191	INNOPRAN XL	157
hydrocortisone-acetic acid	267	INQOVI	79
hydromorphone hcl	24,25	INREBIC	86
hydroxychloroquine sulfate	98	INSPRA	176
hydroxyurea	79	INSULIN PEN NEEDLE	139
hydroxyzine hcl	128	INSULIN SYRINGE (DISP)	
hydroxyzine pamoate	128	U-100 0.3 ML	139
HYZAAR	167	INSULIN SYRINGE (DISP)	
I		U-100 1 ML	139
ibandronate sodium	258	INSULIN SYRINGE (DISP)	
IBRANCE	85	U-100 1/2 ML	139
ibu	19	INTELENCE	116,117
ibuprofen	20	INTRALIPID	200
icatibant	241	introvale	225
iclevia	225	INVANZ	39
		INVEGA	106

INVEGA HAFYERA	106
INVEGA SUSTENNA	107
INVEGA TRINZA	107
INVELTYS	264
IPOL	252
ipratropium bromide	271
ipratropium-albuterol	277
irbesartan	151
irbesartan- hydrochlorothiazide	167
IRESSA	86
ISENTRESS	115
ISENTRESS HD	115
isibloom	225
isoniazid	75
ISOPROPYL ALCOHOL 0.7 ML/ML MEDICATED PAD	132
ISORDIL TITRADOSE	177
isosorbide dinitrate	177
isosorbide mononitrate	177
isosorbide mononitrate er	177
isotretinoin	187
isradipine	159
ISTALOL	265
itraconazole	70
ivermectin	97,193
IWILFIN	79
IXCHIQ	252
IXIARO	252
J	
JADENU	199
JADENU SPRINKLE	199
jaimiess	225
JAKAFI	86
jantoven	144
JANUMET	132
JANUMET XR	132
JANUVIA	132
JARDIANCE	133

jasmiel	225
JAYPIRCA	87
jencycla	233
JENTADUETO	133
JENTADUETO XR	133
jinteli	225
jolessa	225
juleber	226
JULUCA	115
junel	226
junel fe	226
junel fe 24	226
JUXTAPID	175
JYNNEOS	253
JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE)	252

K

kaitlib fe	226
KALETRA	121
kalliga	226
KALYDECO	272
KANJINTI	96
kariva	226
kcl-d5w-0.2% nacl	195
kcl-d5w-0.225% nacl	195
kcl-d5w-0.45% nacl	196
kelnor 1-35	226
kelnor 1-50	226
KEPPRA	46
KERENDIA	176
KESIMPTA PEN	184
ketoconazole	70
ketorolac tromethamine	20,264
KINRIX	253
kionex	201
KISQALI	87
KISQALI FEMARA CO- PACK	79
KLARON	187
klayesta	70

KLOR-CON 10	196	leflunomide	248
KLOR-CON 8	196	lenalidomide	77
klor-con m10	196	lentocilin s	38
KLOR-CON M15	196	LENVIMA	87,88
klor-con m20	196	lessina	227
KLOXXADO	28	LETAIRIS	275
KORLYM	239	letrozole	81
KOSELUGO	87	leucovorin calcium	79
kourzeq	185	LEUKERAN	76
KRAZATI	87	LEUKINE	146
kurvelo	226	leuprolide acetate	239
KUVAN	209	leuprolide depot	239
L		levetiracetam	47
l-glutamine	210	levetiracetam er	47
labetalol hcl	157	LEVO-T	235
lacosamide	53	levobunolol hcl	265
LACRISERT	262	levocarnitine	210
lactulose	202	levocarnitine sf	210
LAMICTAL	46	levocetirizine	
LAMICTAL (BLUE)	46	dihydrochloride	270
lamivudine	118,124	levofloxacin	42
lamivudine hbv	124	levofloxacin-d5w	42
lamivudine-zidovudine	118	levonest	227
lamotrigine	46	levonorg-eth estrad eth	
lamotrigine (blue)	46	estrad	227
lamotrigine er	46	levonorgestrel-eth estradiol	227
LANOXIN	167	levora-28	227
lansoprazole	207	levorphanol tartrate	22
lanthanum carbonate	200,201	levothyroxine sodium	235
LANTUS	139	LEVOXYL	236
LANTUS SOLOSTAR	139	LEXAPRO	62
lapatinib	87	LEXIVA	122
larin	226	LIALDA	256
larin 24 fe	226	LIBERVANT	49
larin fe	226	lidocaine	26
LASIX	171	lidocaine hcl	26
latanoprost	267	lidocaine hcl laryngotracheal	
LATUDA	107	4% solution	26
LAYOLIS FE	226	lidocaine hcl viscous	26
leena	226	lidocan iii	27
		lidocan iv	27

lidocan v.....	27	low-ogestrel.....	227
LIDODERM.....	27	loxapine.....	103
LILETTA.....	214	lubiprostone.....	203
linezolid.....	32	LUMAKRAS.....	88
linezolid-0.9% nacl.....	32	LUMIGAN.....	267
linezolid-d5w.....	32	LUMRYZ.....	280
LINZESS.....	202	LUPRON DEPOT.....	239
liothyronine sodium.....	236	LUPRON DEPOT (LUPANETA).....	239
LIPITOR.....	173	LUPRON DEPOT-PED.....	239
lisdexamfetamine dimesylate.....	179	lurasidone hcl.....	108
lisinopril.....	152	lutera.....	227
lisinopril- hydrochlorothiazide.....	167	LYBALVI.....	108
lithium carbonate.....	129	lyleq.....	233
lithium carbonate er.....	129	lyllana.....	221
lithium citrate.....	129	LYNPARZA.....	88
LITHOBID.....	129	LYRICA.....	49
LIVTENCITY.....	123	LYSODREN.....	80
lo-zumandimine.....	227	LYTGOBI.....	88
LOCOID LIPOCREAM.....	191	LYUMJEV.....	139
LOESTRIN.....	227	LYUMJEV KWIKPEN U- 100.....	139
LOESTRIN FE.....	227	LYUMJEV KWIKPEN U- 200.....	139
lojaimiess.....	227	LYUMJEV TEMPO PEN U- 100.....	139
LONSURF.....	79	lyza.....	233
loperamide.....	203		
LOPID.....	172	M	
lopinavir-ritonavir.....	122	M-M-R II VACCINE.....	253
LOPRESSOR.....	157	magnesium sulfate.....	196
LOPROX.....	70	MALARONE.....	98
lorazepam.....	128	malathion.....	194
lorazepam intensol.....	129	maraviroc.....	120
LORBRENA.....	88	marlissa.....	227
loryna.....	227	MARPLAN.....	59
losartan potassium.....	151	MATULANE.....	76
losartan- hydrochlorothiazide.....	168	matzim la.....	161
LOTENSIN.....	152	MAVYRET.....	124
LOTRONEX.....	203	MAXALT.....	73
lovastatin.....	173	MAXALT MLT.....	73
LOVENOX.....	144		

MAXITROL.....	260	methyltestosterone.....	218
meclizine hcl.....	67	metoclopramide hcl.....	205
MEDROL.....	216	metolazone.....	172
medroxyprogesterone acetate.....	233	metoprolol succinate.....	157
mefloquine hcl.....	98	metoprolol tartrate.....	157
megestrol acetate.....	233	metoprolol- hydrochlorothiazide.....	168
MEKINIST.....	88,89	METRO IV.....	32
MEKTOVI.....	89	METROCREAM.....	194
meloxicam.....	20	METROGEL.....	194
memantine hcl.....	57	METROLOTION.....	194
memantine hcl er.....	57	metronidazole.....	33,194
MENACTRA.....	253	metyrosine.....	168
MENEST.....	221	mexiletine hcl.....	154
MENQUADFI.....	253	micafungin.....	70
MENVEO A-C-Y-W-135- DIP.....	253	MICARDIS.....	151
mercaptapurine.....	78	MICARDIS HCT.....	168
meropenem.....	39	microgestin.....	228
meropenem-0.9% nacl.....	39	microgestin 24 fe.....	228
merzee.....	228	microgestin fe.....	228
mesalamine.....	256	midodrine hcl.....	149
mesalamine dr.....	256	mifepristone.....	239
mesalamine er.....	256	miglustat.....	210
MESNEX.....	97	MIGRANAL.....	72
MESTINON.....	74	mili.....	228
metformin hcl.....	133	mimvey.....	228
metformin hcl er.....	133	minocycline hcl.....	43
methadone hcl.....	22	minoxidil.....	177
methazolamide.....	168	mirtazapine.....	58
methenamine hippurate.....	32	misoprostol.....	207
methimazole.....	241	modafinil.....	280
methocarbamol.....	278	moexipril hcl.....	153
methotrexate.....	249	molindone hcl.....	103
methotrexate sodium.....	249	mometasone furoate.....	191,269
methoxsalen.....	193	mondoxyne nl.....	43
methscopolamine bromide.....	204	mono-lyyah.....	228
methsuximide.....	48	montelukast sodium.....	270
methylphenidate er.....	181	morphine sulfate.....	25
methylphenidate hcl.....	181	morphine sulfate er.....	22
methylprednisolone.....	216	MOUNJARO.....	133
		MOVANTIK.....	203

MOVIPREP.....	205	neomycin sulfate.....	30
moxifloxacin.....	42,262	neomycin-bacitracin-poly- hc.....	260
moxifloxacin hcl.....	42	neomycin-bacitracin- polymyxin.....	262
MRESVIA.....	253	neomycin-polymyxin- dexameth.....	260
MULTAQ.....	154	neomycin-polymyxin- gramicidin.....	262
mupirocin.....	194	neomycin-polymyxin-hc.....	267
MVASI.....	96	neomycin-polymyxin- hydrocort.....	267
MYALEPT.....	205	NEORAL.....	249
MYCOBUTIN.....	75	NERLYNX.....	89
mycophenolate mofetil.....	249	neuac.....	187
mycophenolic acid.....	249	NEUPRO.....	100
MYFORTIC.....	249	NEURONTIN.....	50
MYHIBBIN.....	249	nevirapine.....	117
myorisan.....	187	nevirapine er.....	117
MYRBETRIQ.....	212	NEXAVAR.....	89
MYSOLINE.....	49	NEXIUM.....	207
N		NEXPLANON.....	214
nabumetone.....	20	niacin er.....	175
nadolol.....	157	nicardipine hcl.....	159
nafcillin.....	38	NICOTROL.....	29
nafcillin sodium.....	38	NICOTROL NS.....	29
naloxone hcl.....	28	nifedipine.....	159
naltrexone hcl.....	28	nifedipine er.....	159
NAMENDA.....	57	nikki.....	228
naproxen.....	20,21	NILANDRON.....	77
naproxen sodium.....	21	nilutamide.....	77
naratriptan hcl.....	73	nimodipine.....	159
NARCAN.....	28	NINLARO.....	89
NARDIL.....	59	NIPENT.....	80
NATACYN.....	262	nisoldipine.....	159
nateglinide.....	134	nitazoxanide.....	98
NAYZILAM.....	50	nitisinone.....	210
nebivolol hcl.....	157	NITRO-BID.....	177
NEBUPENT.....	98	nitrofurantoin.....	33
necon.....	228	nitrofurantoin mono-macro.....	33
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY.....	139	nitroglycerin.....	177
nefazodone hcl.....	62		
neo-polycin.....	262		
neo-polycin hc.....	260		

nitroglycerin patch.....	177	NURTEC ODT.....	73
NITROLINGUAL.....	178	NUTRILIPID.....	200
NITROSTAT.....	178	NUVARING.....	229
NIVESTYM.....	146	NUVIGIL.....	280
nizatidine.....	206	NUZYRA.....	43
nora-be.....	233	nyamyc.....	70
norelgestromin-eth estradiol	228	nylia.....	229
norethin-eth estra-ferrous		nymyo.....	229
fum.....	228	nystatin.....	70
norethindron-ethinyl		nystatin-triamcinolone.....	193
estradiol.....	228	nystop.....	70
norethindrone.....	233	O	
norethindrone ac (lupaneta)	233	OCALIVA.....	205
norethindrone acetate.....	234	ocella.....	229
norethindrone-e.estradiol-		octreotide acetate.....	239
iron.....	229	OCUFLOX.....	262
norgestimate-ethinyl		ODEFSEY.....	118
estradiol.....	229	ODOMZO.....	89
NORPRAMIN.....	66	OFEV.....	275
NORTHERA.....	149	ofloxacin.....	42,262,268
nortrel.....	229	OGSIVEO.....	89
nortriptyline hcl.....	66	OJEMDA.....	89,234
NORVASC.....	159	OJJAARA.....	89
NORVIR.....	122	olanzapine.....	108
NOVOLIN 70-30.....	140	olanzapine odt.....	108
NOVOLIN 70-30		olmesartan medoxomil.....	151
FLEXPEN.....	140	olmesartan-amlodipine-hctz	168
NOVOLIN N.....	140	olmesartan-	
NOVOLIN N FLEXPEN.....	140	hydrochlorothiazide.....	168
NOVOLIN R.....	140	olopatadine hcl.....	270
NOVOLIN R FLEXPEN.....	140	omega-3 acid ethyl esters.....	175
NOVOLOG.....	140	omeprazole.....	207
NOVOLOG FLEXPEN.....	140	omnipod 5 dexg7g6 intro(gen	
NOVOLOG MIX 70-30.....	141	5).....	141
NOVOLOG MIX 70-30		omnipod 5 dexg7g6 pods (gen	
FLEXPEN.....	141	5).....	141
NOVOLOG PENFILL.....	141	omnipod 5 g6-g7 intro	
NOXAFIL.....	70	kt(gen5).....	141
NUBEQA.....	77	omnipod 5 g6-g7 pods (gen	
NUEDEXTA.....	182	5).....	141
NUPLAZID.....	108		

omnipod classic pdm kit(gen 3)	141
omnipod classic pods (gen 3)	141
omnipod dash intro kit (gen 4)	141
omnipod dash pdm kit (gen 4)	141
omnipod dash pods (gen 4)	142
omnipod go pods	142
OMNITROPE	218
ondansetron hcl	68
ondansetron odt	68
ONFI	50
ONTRUZANT	96
ONUREG	80
OPSUMIT	275
OPVEE	29
ORACEA	187
ORALAIR	277
oralone	185
ORENCIA	244
ORENCIA CLICKJECT	244
ORFADIN	210
ORGOVYX	80
ORKAMBI	273
ORSERDU	78
oseltamivir phosphate	124,125
OTEZLA	193
OVIDE	194
oxaprozin	21
oxazepam	129
oxcarbazepine	53
oxybutynin chloride	212,213
oxybutynin chloride er	213
oxycodone hcl	25
oxycodone-acetaminophen	25
OZEMPIC	134
P	
PACERONE	154

paliperidone er	108,109
PALYNZIQ	210
PANRETIN	96
pantoprazole sodium	208
paricalcitol	258
PARNATE	59
paroxetine cr	62
paroxetine er	62
paroxetine hcl	63
PAXIL	63
PAXLOVID	126
PAXLOVID (EUA)	126
pazopanib hcl	90
PEDIARIX	253
PEDVAXHIB	253
peg 3350-electrolyte	205
peg-3350 and electrolytes	205
peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c	205
PEGASYS	246
PEMAZYRE	90
PENBRAYA	253
penicillamine	215
penicillin g potassium	38
penicillin g sodium	38
penicillin gk-iso-osm dextrose	38
penicillin v potassium	38
PENTACEL	253
PENTAM 300	98
pentamidine isethionate	98
PENTASA	256
pentoxifylline	168
perindopril erbumine	153
periogard	185
permethrin	194
perphenazine	67
PERSERIS	109
pfizerpen	38
phenelzine sulfate	59
phenobarbital	50

phenoxybenzamine hcl.....	149	praziquantel.....	97
PHENYTEK.....	53	prazosin hcl.....	149
phenytoin.....	53	PRED FORTE.....	264
phenytoin sodium extended.....	54	PRED MILD.....	264
philith.....	229	prednisolone.....	216
PIFELTRO.....	117	prednisolone acetate.....	264
pilocarpine hcl.....	185,266	prednisolone sodium phosphate.....	217,264
pimecrolimus.....	191	prednisone.....	217
pimozide.....	103	pregabalin.....	51
pimtree.....	229	PRÉGNYL.....	218
pindolol.....	157	PREHEVBRIO.....	253
pioglitazone hcl.....	134	PREMARIN.....	221
pioglitazone-glimepiride.....	134	PREMPHASE.....	230
pioglitazone-metformin.....	134	PREMPRO.....	230
piperacillin-tazobactam.....	38	PREVACID.....	208
PIQRAY.....	90	prevalite.....	175
pirfenidone.....	276	PREVYMIS.....	123
piroxicam.....	21	PREZCOBIX.....	122
PLAQUENIL.....	99	PREZISTA.....	122
PLAVIX.....	148	PRIFTIN.....	75
PLEGRIDY.....	184	primaquine.....	99
PLEGRIDY PEN.....	185	primidone.....	51
podofilox.....	193	PRIORIX.....	253
polycin.....	262	PRISTIQ.....	63
polymyxin b sul- trimethoprim.....	262	PROAIR RESPICLICK.....	272
POMALYST.....	77	probenecid.....	71
portia.....	229	probenecid-colchicine.....	71
posaconazole.....	71	PROCARDIA XL.....	159
potassium chloride.....	197	prochlorperazine.....	67
potassium chloride in d5lr.....	197	prochlorperazine maleate.....	67
potassium chloride proamp.....	197	PROCRIT.....	146
potassium chloride-0.45% nacl.....	197	procto-med hc.....	257
potassium chloride-dextrose 5%.....	197	proctosol-hc.....	257
potassium citrate er.....	197	proctozone-hc.....	257
pramipexole dihydrochloride.....	100	progesterone.....	234
prasugrel hcl.....	148	PROGLYCEM.....	137
pravastatin sodium.....	173	PROGRAF.....	249
		PROLASTIN C.....	210
		PROLENSA.....	265
		PROLIA.....	259

PROMACTA.....	146	ramipril.....	153
promethazine hcl.....	67	ranolazine er.....	169
promethegan.....	67	RAPAFLO.....	214
propafenone hcl.....	154	RAPAMUNE.....	250
propafenone hcl er.....	154	rasagiline mesylate.....	102
propranolol hcl.....	158	reclipsen.....	230
propranolol hcl er.....	158	RECOMBIVAX HB.....	254
propylthiouracil.....	241	RECTIV.....	178
PROQUAD.....	253	REGLAN.....	205
PROSCAR.....	214	REGRANEX.....	193
PROTONIX.....	208	RELENZA.....	125
protriptyline hcl.....	66	RELISTOR.....	203
PROVERA.....	234	REMERON.....	58
PROZAC.....	63	RENFLEXIS.....	250
PRUDOXIN.....	191	REVELA.....	201
PULMOZYME.....	273	repaglinide.....	134
PURIXAN.....	78	REPATHA.....	
PYLERA.....	205	PUSHTRONEX.....	175
pyrazinamide.....	75	REPATHA SURECLICK.....	175
pyridostigmine bromide.....	74	REPATHA SYRINGE.....	175
pyridostigmine bromide er.....	74	RESTASIS.....	261
pyrimethamine.....	99	RESTASIS MULTIDOSE.....	261
Q		RETACRIT.....	147
QINLOCK.....	90	RETEVMO.....	90
QUADRACEL DTAP-IPV.....	253	RETIN-A.....	187
quetiapine fumarate.....	109	RETROVIR.....	119
quetiapine fumarate er.....	109	REVCovi.....	210
quinapril hcl.....	153	REXULTI.....	109
quinapril- hydrochlorothiazide.....	169	REYATAZ.....	122,123
quinidine gluconate.....	155	REZLIDHIA.....	90
quinidine sulfate.....	155	REZUROCK.....	250
quinine sulfate.....	99	RHOPRESSA.....	266
QVAR REDIHALER.....	269	RIABNI.....	96
R		ribavirin.....	124
RABAVERT.....	254	RIDAURA.....	244
rabeprazole sodium.....	208	rifabutin.....	75
raloxifene hcl.....	234	rifampin.....	75
ramelteon.....	279	riluzole.....	183
		RINVOQ.....	244
		RINVOQ LQ.....	244
		risedronate sodium.....	259

risedronate sodium dr	259	SANTYL	193
RISPERDAL	110	SAPHRIS	111
RISPERDAL CONSTA	110	sapropterin dihydrochloride	211
risperidone	110	saxagliptin hcl	135
risperidone er	110	saxagliptin-metformin er	135
risperidone odt	110,111	SCEMBLIX	91
RITALIN	181	scopolamine	67
ritonavir	123	SECUADO	111
rivastigmine	56	selegiline hcl	102
rizatriptan	73	selenium sulfide	192
ROCALTROL	259	SELZENTRY	120
ROCKLATAN	266	SENSIPAR	259
roflumilast	274	SEREVENT DISKUS	272
ropinirole er	100	SEROQUEL	111
ropinirole hcl	101	SEROQUEL XR	111
rosadan	194	sertraline hcl	63,64
rosuvastatin calcium	173	setlakin	230
ROTARIX	254	sevelamer carbonate	201
ROTATEQ	254	SFROWASA	257
ROWASA	257	sharobel	234
roweepra	47	SHINGRIX	254
ROXICODONE	26	SIGNIFOR	240
ROZEREM	279	SIGNIFOR LAR	240
ROZLYTREK	90	sildenafil citrate	275
RUBRACA	91	SILENOR	279
rufinamide	54	silodosin	214
RUKOBIA	120	SILVADENE	193
RUXIENCE	96	silver sulfadiazine	193
RYBELSUS	134	SIMBRINZA	266
RYDAPT	91	simliya	230
RYTARY	101	simpesse	230
RYTHMOL SR	155	simvastatin	173,174
S		SINEMET 10-100	101
SABRIL	51	SINEMET 25-100	102
sajazir	241	SINGULAIR	270
SALAGEN	185	sirolimus	250
SAMSCA	199	SIRTURO	75
SANDIMMUNE	250	SIVEXTRO	33
SANDOSTATIN LAR DEPOT	240	SKYLA	215
		SKYRIZI	244
		SKYRIZI ON-BODY	244

SKYRIZI PEN	245	subvenite (blue)	47
sod sulf-potass sulf-mag sulf	205	sucrafate	207
sodium chloride	198	SULAR	159
sodium chloride-water	198	sulfacetamide sodium	187,262
sodium oxybate	280	sulfacetamide-prednisolone	261
sodium phenylbutyrate	211	sulfadiazine	42
sodium polystyrene		sulfamethoxazole-	
sulfonate	201	trimethoprim	42
solifenacin succinate	213	sulfasalazine	257
SOLIQUA 100-33	135	sulfasalazine dr	257
SOLTAMOX	78	sulindac	21
SOMATULINE DEPOT	240	sumatriptan	74
SOMAVERT	240	sumatriptan succinate	74
SOOLANTRA	194	sunitinib malate	91,92
sorafenib	91	SUNLENCA	120,121
sorine	155	SUPREP	205
sotalol	155	SUTAB	206
sotalol af	155	SUTENT	92
SPIRIVA HANDIHALER	271	syeda	230
SPIRIVA RESPIMAT	271	SYMFI	117
spironolactone	176	SYMFI LO	117
spironolactone-hctz	169	SYMLINPEN 120	135
SPORANOX	71	SYMLINPEN 60	135
sprintec	230	SYMPAZAN	51
SPRITAM	47	SYMTUZA	123
SPRYCEL	91	SYNAREL	240
SPS	202	SYNJARDY	135
sronyx	230	SYNJARDY XR	135
SSD	193	SYNTHROID	236
STAMARIL	254	SYPRINE	199
STELARA	245	T	
STIOLTO RESPIMAT	277	TABLOID	79
STIVARGA	91	TABRECTA	92
STRATTERA	181	tacrolimus	192,250
STRENSIQ	211	tadalafil	214,275
streptomycin sulfate	30	TAFINLAR	92
STRIBILD	116	TAGRISO	92
STROMECTOL	97	TALZENNA	92
SUBLOCADE	28	TAMIFLU	125
SUBOXONE	28	tamoxifen citrate	78
subvenite	47		

tamsulosin hcl	214	testosterone enanthate	219
taperdex	217	tetrabenazine	183
TARGRETIN	97	tetracycline hcl	43
tarina 24 fe	230	THALOMID	78
tarina fe	230	THEO-24	274
tarina fe 1-20 eq	230	theophylline anhydrous	274
TASIGNA	93	theophylline er	274
tasimelteon	279	thioridazine hcl	103
TASMAR	100	thiothixene	104
taysofy	230	THYMOGLOBULIN	242
tazarotene	188	tiadylt er	162
tazicef	36	tiagabine hcl	51
TAZORAC	188	TIAZAC	162
taztia xt	161	TIBSOVO	93
TAZVERIK	93	TICOVAC	254
TDVAX	254	tigecycline	33
TECFIDERA	185	TIKOSYN	155
TEFLARO	36	tilia fe	230
TEGRETOL	54	timolol maleate	158,265
TEGRETOL XR	54	TIMOPTIC	265
TEKTURNA	169	TIMOPTIC OCUDOSE	265
telmisartan	151	tinidazole	33
telmisartan-amlo dipine	169	tiotropium bromide	271
telmisartan- hydrochlorothiazid	169	TIROSINT	237
temazepam	279	TIROSINT-SOL	237
tencon	17	TIVICAY	116
TENIVAC	254	TIVICAY PD	116
tenofovir disoproxil fumarate	119	tizanidine hcl	115
TENORETIC 100	169	TOBRADEX	261
TENORETIC 50	169	tobramycin	262,273
TENORMIN	158	tobramycin sulfate	30
TEPMETKO	93	tobramycin-dexamethasone	261
terazosin hcl	149	tolcapone	100
terbinafine hcl	71	tolterodine tartrate	213
terbutaline sulfate	272	tolterodine tartrate er	213
terconazole	71	tolvaptan	199
TERIPARATIDE	259	topiramate	47
testosterone	218,219	TOPROL XL	158
testosterone cypionate	219	toremifene citrate	78
		torpenz	93
		torseמידe	171

TOUJEO MAX		
SOLOSTAR	142	
TOUJEO SOLOSTAR	142	
TOVIAZ	213	
TRACLEER	275	
TRADJENTA	135	
tramadol hcl	26	
tramadol hcl er	23	
tramadol hcl-acetaminophen	26	
trandolapril	153	
trandolapril-verapamil er	169	
tranexamic acid	147	
tranlycypromine sulfate	59	
TRAVASOL	200	
TRAVATAN Z	267	
travoprost	267	
TRAZIMERA	96	
trazodone hcl	64	
TRECTOR	76	
TRELEGY ELLIPTA	278	
TRELSTAR	240	
TREMFYA	245	
tretinoin	97,188	
tri-estarylla	231	
tri-legest fe	231	
tri-lynyah	231	
tri-lo-estarylla	231	
tri-lo-marzia	231	
tri-lo-mili	231	
tri-lo-sprintec	231	
tri-mili	231	
tri-nymyo	231	
tri-sprintec	231	
tri-vylibra	231	
tri-vylibra lo	231	
triamcinolone acetonide	186,192	
triamterene- hydrochlorothiazid	171	
TRIBENZOR	170	
triderm	192	
trientine hcl	199	
trifluoperazine hcl	104	
trifluridine	263	
trihexyphenidyl hcl	100	
TRIKAFTA	273	
triklo	175	
TRILEPTAL	54	
trimethoprim	33	
trimipramine maleate	66	
TRINTELLIX	64	
TRIUMEQ	119	
TRIUMEQ PD	119	
trivora-28	231	
TROPHAMINE	200	
tropium chloride	213	
tropium chloride er	213	
TRULICITY	136	
TRUMENBA	254	
TRUQAP	93	
TRUVADA	119	
TUKYSA	93	
TURALIO	93	
turqoz	231	
TWINRIX	254	
TYBLUME	231	
TYBOST	121	
tydemy	231	
TYGACIL	33	
TYKERB	93	
TYMLOS	259	
TYPHIM VI	255	
U		
UBRELVY	73	
UDENYCA	147	
UDENYCA AUTOINJECTOR	147	
UDENYCA ONBODY	147	
UNITHROID	238	
ursodiol	206	
UZEDY	111,112	

V

VAGIFEM	221
valacyclovir	126
VALCHLOR	76
VALCYTE	123
valganciclovir hcl	123
valproic acid	47
valsartan	152
valsartan- hydrochlorothiazide	170
VALTOCO	51
VALTREX	126
vanadom	278
vancomycin hcl	33,34
VANFLYTA	94
VAQTA	255
varenicline tartrate	29
VARIVAX VACCINE	255
VASCEPA	175,176
VASERETIC	170
VASOTEC	153
velivet	231
VELPHORO	201
VELTASSA	202
VENCLEXTA	94
VENCLEXTA STARTING PACK	94
venlafaxine besylate er	64
venlafaxine hcl	64
venlafaxine hcl er	64
VENTAVIS	275
VENTOLIN HFA	272
VEOZAH	183
verapamil er	162
verapamil er pm	162
verapamil hcl	162
verapamil sr	162
VERELAN	163
VERELAN PM	163
VERQUVO	178

VERSACLOZ	114
VERZENIO	94
vestura	231
VFEND IV	71
VIBERZI	203
VIBRAMYCIN	43
vienva	231
vigabatrin	52
vigadrone	52
VIGAMOX	263
vigpoder	52
VIIBRYD	64
vilazodone hcl	65
VIMPAT	54
viorele	232
VIRACEPT	123
VIREAD	119
VITRAKVI	94
VIVITROL	28
VIZIMPRO	94
volnea	232
VONJO	95
voriconazole	71
VOTRIENT	95
VOWST	206
VPRIV	211
VRAYLAR	112
VUMERITY	185
vyfemla	232
vylibra	232
VYNDAMAX	211
VYNDAQEL	211
VYTORIN	176
VYVANSE	180

W

warfarin sodium	144
WELIREG	211
WELLBUTRIN SR	58
WELLBUTRIN XL	58,59
wera	232

wixela inhub.....278
wymzya fe.....232

X

XALKORI.....95
XARELTO.....144,145
XATMEP.....250
XCOPRI.....55
XDEMVY.....261
XENAZINE.....183
XERMELO.....204
XGEVA.....259
XHANCE.....269
XIFAXAN.....206
XIGDUO XR.....136
XOFLUZA.....125
XOLAIR.....245
XOPENEX HFA.....272
XOSPATA.....95
XPOVIO.....80
XTANDI.....77
xulane.....232

Y

yargesa.....211
YASMIN 28.....232
YAZ.....232
YF-VAX.....255
YONSA.....77
yuvaferm.....221

Z

zafemy.....232
zafirlukast.....270
zaleplon.....279
ZARONTIN.....48
ZEBUTAL.....17
ZEJULA.....95
ZELBORAF.....95
zenatane.....188
ZENPEP.....211

zenzedi.....180
ZEPATIER.....124
ZESTORETIC.....170
ZESTRIL.....153
ZETIA.....176
ZIAC.....170
ZIAGEN.....119
zidovudine.....120
ZIEXTENZO.....147
ziprasidone hcl.....112
ziprasidone mesylate.....112
ZIRABEV.....96
ZITHROMAX.....41
ZITHROMAX TRI-PAK.....41
ZOCOR.....174
ZOKINVY.....212
ZOLINZA.....80
zolmitriptan odt.....74
ZOLOFT.....65
zolpidem tartrate.....279
zolpidem tartrate er.....279
ZONALON.....192
ZONEGRAN.....55
ZONISADE.....55
zonisamide.....55
ZONTIVITY.....145
ZORTRESS.....250
ZOSYN.....39
zovia 1-35.....232
ZOVIRAX.....126
ZTALMY.....52
ZTLIDO.....27
zumandimine.....232
ZURZUVAE.....59
ZYDELIG.....95
ZYKADIA.....95
ZYPREXA.....112,113
ZYPREXA RELPREVV.....113
ZYPREXA ZYDIS.....113
ZYVOX.....34

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 답해 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。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 (HMO-DSNP)
y
Hamaspik Medicare Choice (HMO-DSNP)

Formulario 2025

(Lista de Medicamentos Cubiertos o “Lista de Medicamentos”)

**LEA CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE
INFORMACIÓN
ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN
ESTE PLAN**

Identificación de Envío de Archivo de Formulario Aprobado por
HPMS: 25014

Este formulario fue actualizado el 10/01/2024.

Para obtener información más reciente o resolver otras preguntas, comuníquese con nosotros llamando al 888-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711). Estamos disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2024 al 31 de marzo de 2025; y de lunes a viernes a las 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 abril de 2025 al 30 de septiembre de 2025.