

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 01/05/2025.

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 01/05/2025

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 01/05/2025. 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 287. 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 287.

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

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

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)
<i>lidocaine hcl laryngotracheal 4% solution</i>	1	
<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>lidocaine-prilocaine -cream</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<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)

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

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
NARCAN 4 MG NASAL SPRAY	1	
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)

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>gentamicin sulfate 80 mg/2 ml vial, 800 mg/20 ml vial</i>	1	
<i>gentamicin sulfate in ns iso 100 mg/100 ml, iso 120 mg/100 ml, isoton 60 mg/50 ml, isoton 80 mg/100 ml, isoton 80 mg/50 ml</i>	1	
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, 20 mg/2 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	

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/05/2025 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 31

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
METRO IV 500 MG/100 ML	1	
<i>metronidazole vaginal 0.75% gl, 250 mg tablet, 375 mg capsule, 500 mg tablet, 500 mg/100 ml</i>	1	
<i>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 1.75 gram vial, hcl 2 gram 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	

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>vancomycin hcl 125 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>vancomycin hcl 250 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
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	

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 1 gm, 2 gm</i>	1	
<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 MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>amoxicillin-clavulanate potass -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	
<i>lentocilin s 1,200,000 unit</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/05/2025 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 37

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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 bottle, 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 MEDICA MENTO	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	
<i>erythromycin 2% solution, 250 mg tablet, dr 250 mg cap, dr 250 mg tablet, dr 333 mg tablet, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/05/2025 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 40

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>erythromycin lactobionate</i> <i>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</i> 250 mg <i>tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	
<i>ciprofloxacin-d5w</i> 200 <i>mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	1	
<i>levofloxacin</i> 25 mg/ml <i>solution, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 750 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>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 800-160 MG 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	
<i>doxy 100 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>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	

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)
--	---	---------------------

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
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	
<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

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
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)
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	1	

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

TABLET, 200 MG
TABLET

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
<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	

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>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	
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	

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
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

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 2.5mg gel(2pk), 10 mg gel syrg, 10mg gel (2pk), 20 mg gel syrg, 20mg gel (2pk)</i>	1	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg capsule</i>	1	QL (1080 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup</i>	1	QL (2160 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg capsule</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg capsule</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 600 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 800 mg tablet</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
LIBERVANT 5 MG FILM, 7.5 MG FILM, 10 MG FILM, 12.5 MG FILM, 15 MG FILM	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 y 48

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
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)

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
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	
<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)

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

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 51

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
CARBATROL ER 100 MG CAPSULE, ER 200 MG CAPSULE, ER 300 MG CAPSULE	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 52

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
DILANTIN DILANTIN 30 MG CAPSULE, DILANTIN 30 MG CAPSULE, DILANTIN 100 MG CAPSULE, DILANTIN 100 MG CAPSULE, DILANTIN 50 MG INFATAB	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 53

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>phenytoin sodium extended</i> <i>100 mg cap, 200 mg cap,</i> <i>300 mg cap</i>	1	
<i>rufinamide 40 mg/ml</i> <i>suspension, 200 mg tablet,</i> <i>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, hcl 10 mg/5 ml cup</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)

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 150 mg tablet, 200 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 150mg 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)

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
WELLBUTRIN XL 150 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN XL 300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE	1	QL (28 PER 365 OVER TIME)
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	1	QL (14 PER 365 OVER TIME)

Monoamine Oxidase Inhibitors

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

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

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

SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibito

CELEXA 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)
CELEXA 40 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>citalopram hbr 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>citalopram hbr 10 mg/5 ml soln, 20 mg/10 ml cup</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>citalopram hbr 40 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CYMBALTA 20 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
CYMBALTA 30 MG CAPSULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er er 25 mg, er 50 mg, er 100mg</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP	1	QL (90 PER 30 DAYS)
DRIZALMA SPRINKLE DR 20 MG CAP, DR 40 MG CAP, DR 60 MG CAP	1	QL (60 PER 30 DAYS)

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

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 61

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5 ml soln cup, 20 mg/5 ml solution</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>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)

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 63

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	1	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sertraline hcl 20 mg/ml oral conc</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>sertraline hcl 25 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>trazodone hcl 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet</i>	1	
TRINTELLIX 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine besylate er 112.5 mg tb</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl 25 mg tablet, 37.5 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 64

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
VIIBRYD 10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 65

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

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

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

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
<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 cup, 6.25 mg/5 ml soln, 6.25 mg/5 ml syrp, 12.5 mg suppos, 12.5 mg tablet, 12.5 mg/10 ml cup, 25 mg suppository, 25 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>promethegan 12.5 mg suppos, 25 mg suppository</i>	1	PA
<i>scopolamine 1 mg/3 day patch</i>	1	PA
Emetogenic Therapy Adjuncts		
<i>aprepitant 40 mg capsule, 80 mg capsule, 125 mg capsule, 125-80-80 mg pack</i>	1	PA
<i>dronabinol 2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule</i>	1	PA
EMEND 80 MG CAPSULE, TRIPACK	1	PA
<i>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

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>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>casposungin acetate 50 mg vial, 70 mg vial</i>	1	
<i>ciclodan 8% solution</i>	1	QL (6.6 PER 30 DAYS)
<i>ciclopirox 0.77% cream, 0.77% gel, 0.77% topical susp, 1% shampoo</i>	1	
<i>ciclopirox 8% solution</i>	1	QL (6.6 PER 30 DAYS)
<i>clotrimazole 1% solution, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche</i>	1	
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	

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>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	
<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	
<i>micafungin-0.9% nacl 50 mg/50ml, 100 mg/100, 150 mg/150</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
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	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 71

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
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)

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
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

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)
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)
---	---	-------------------------

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
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)
<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)

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>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	

Antimycobacterials

Antimycobacterials, Other

<i>dapsone 25 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	
MYCOBUTIN 150 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>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	
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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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>abirtega 250 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>bicalutamide 50 mg tablet</i>	1	
CASODEX 50 MG TABLET	1	
ERLEADA 240 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ERLEADA 60 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
NILANDRON 150 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>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)
POMALYST 1 MG CAPSULE, 2 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
THALOMID 150 MG CAPSULE, 200 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 78

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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 20 mg/ml suspen, 50 mg tablet</i>	1	
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSP	1	
TABLOID 40 MG TABLET	1	

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
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)
LYSODREN 500 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 80

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
AROMASIN 25 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>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)
ALUNBRIG 90 MG TABLET, 90 MG-180 MG TAB PACK, 180 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
AUGTYRO 160 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 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)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
DANZITEN 71 MG TABLET, 95 MG TABLET	1	PA, QL (112 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
<i>dasatinib 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dasatinib 50 mg tablet, 70 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg tablet, 140 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAURISMO 100 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAURISMO 25 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>erlotinib hcl 100 mg tablet, 150 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>erlotinib hcl 25 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>everolimus 2 mg tab for susp, 5 mg tab for susp, 5 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>everolimus 2.5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
FOTIVDA 0.89 MG CAPSULE, 1.34 MG CAPSULE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
GAVRETO 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>gefitinib 250 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GILOTRIF 20 MG TABLET, 30 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GLEEVEC 100 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
GLEEVEC 400 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
GOMEKLI 1 MG CAPSULE, 1 MG TABLET FOR SUSP	1	PA, QL (168 PER 28 DAYS)
GOMEKLI 2 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 MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
IBRANCE 75 MG CAPSULE, 75 MG TABLET, 100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET, 125 MG CAPSULE, 125 MG TABLET	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
ICLUSIG 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
IDHIFA 50 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE, 420 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	1	PA, QL (324 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 87

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (280 PER 28 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)
ITOVEBI 3 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ITOVEBI 9 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
JAKAFI 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 25 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
JAYPIRCA 100 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
JAYPIRCA 50 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
LAZCLUZE 240 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LAZCLUZE 80 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LENVIMA 12 MG DAILY, 18 MG DAILY, 24 MG DAILY	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LENVIMA 4 MG CAPSULE, 10 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LENVIMA 8 MG DAILY, 14 MG DAILY, 20 MG DAILY	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/05/2025 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 89

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

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
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 (400MG DOSE), 100 MG TAB (500MG DOSE), 100 MG TAB (600MG DOSE)	1	PA, QL (24 PER 28 DAYS)
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	1	PA, QL (96 PER 28 DAYS)
OJJAARA 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 91

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 40 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RETEVMO 80 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
RETEVMO 80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
REVUFORJ 110 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 y 92

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
REVUFORJ 160 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
REVUFORJ 25 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ROMVIMZA 14 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE	1	PA, QL (8 PER 28 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)
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)
SCEMBLIX 100 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SCEMBLIX 20 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/05/2025 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 93

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

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
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)
TAGRISSE 40 MG TABLET, 80 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TALZENNA 0.1 MG CAPSULE, 0.1 MG SOFTGEL, 0.25 MG CAPSULE, 0.25 MG SOFTGEL, 0.35 MG CAPSULE, 0.35 MG SOFTGEL, 0.5 MG CAPSULE, 0.5 MG SOFTGEL, 0.75 MG CAPSULE, 0.75 MG SOFTGEL, 1 MG CAPSULE, 1 MG SOFTGEL	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TASIGNA 50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/05/2025 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 95

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
VANFLYTA 17.7 MG TABLET, 26.5 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/05/2025 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 96

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
VONJO 100 MG CAPSULE	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 y 97

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
VORANIGO 10 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VORANIGO 40 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VOTRIENT 200 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XALKORI 150 MG PELLETT	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
XALKORI 20 MG PELLETT, 50 MG PELLETT, 200 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XOSPATA 40 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZEJULA 100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ZELBORAF 240 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
ZYDELIG 100 MG TABLET, 150 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ZYKADIA 150 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 16

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	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
01/05/2025 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 99

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		
<i>mesna 400 mg tablet</i>	1	
MESNEX 400 MG TABLET	1	
Antiparasitics		
Anthelmintics		
<i>albendazole 200 mg tablet</i>	1	
<i>benznidazole 12.5 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	
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 y 100

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 15 101

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

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 10-100 MG TABLET, 25-100 MG TABLET	1	
SINEMET 25-100 -MG TABLET	1	
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors		
AZILECT 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET	1	
<i>rasagiline mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	1	
<i>selegiline hcl 5 mg capsule, 5 mg tablet</i>	1	
Antipsychotics		
1st Generation/Typical		
<i>fluphenazine decanoate 125 mg/5 ml</i>	1	PA
<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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 105

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

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>thioridazine hcl 10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	PA
<i>thiothixene 1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule</i>	1	PA
<i>trifluoperazine hcl 1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	PA
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 30 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ABILIFY 2 MG TABLET, 5 MG TABLET	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML	1	QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML	1	QL (3.2 PER 56 OVER TIME)
ABILIFY MAINTENA ER 300 MG SYR, ER 300 MG VL, ER 400 MG SYR, ER 400 MG VL	1	QL (1 PER 28 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>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	1	PA, QL (750 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 2 mg tablet, 5 mg tablet</i>	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole odt odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	1	QL (3.9 PER 56 OVER TIME)
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	1	QL (1.6 PER 28 DAYS)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	1	QL (2.4 PER 28 DAYS)
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	1	QL (3.2 PER 28 DAYS)
ARISTADA INITIO ER 675 MG/2.4	1	QL (2.4 PER 42 OVER TIME)
<i>asenapine maleate 2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
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 y 108

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 109

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 110

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)
OPIPZA 2 MG FILM	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 15 111

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
OPIPZA 5 MG FILM, 10 MG FILM	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>paliperidone er er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
PERSERIS ER 90 MG POWDER SYRNG, ER 90 MG SYRINGE KIT, ER 120 MG SYRINGE KIT	1	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>quetiapine fumarate 150 mg tablet</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate 300 mg tab, 400 mg tab</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate er er 150 mg tablet, er 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate er er 50 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

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
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)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 113

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

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
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)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 115

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

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
Antipsychotics, Other		
COBENFY 50 MG-20 MG CAPSULE, 100 MG-20 MG CAPSULE, 125 MG-30 MG CAPSULE	1	Cobenfy PA, QL (60 PER 30 DAYS)
COBENFY STARTER PACK	1	Cobenfy PA, QL (56 PER 28 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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 117

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

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
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)
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)
------------------------------	---	---------------------

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
EDURANT 25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz 600 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitenofovir disoproxil fumarato 600-200-300</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudina-tenofovir disoproxil fumarato 400-300-300, 600-300-300</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>etravirina 100 mg tablet, 200 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 100 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 25 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>nevirapina 200 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>nevirapina 50 mg/5 ml susp</i>	1	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>nevirapina 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)

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
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

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)
<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)

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
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, 300 mg/30ml sol cup</i>	1	QL (960 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine - tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ODEFSEY TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RETROVIR 10 MG/ML SYRUP	1	QL (1920 PER 30 DAYS)
RETROVIR 100 MG CAPSULE	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tb</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SUSP	1	QL (180 PER 30 DAYS)

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

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 123

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
RUKOBIA ER 600 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (1840 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TABLET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 300 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TABLET, 150 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	1	QL (4 PER 28 OVER TIME)
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET, 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)

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

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
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	1	QL (400 PER 30 DAYS)
PREZISTA 150 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
PREZISTA 600 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PREZISTA 75 MG TABLET	1	QL (300 PER 30 DAYS)
PREZISTA 800 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REYATAZ 200 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
REYATAZ 300 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
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)

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

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

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	

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	

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
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
MAVYRET 50-20 MG PELLETT 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)
<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)

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
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, 200 mg/5 ml susp cup, 400 mg tablet, 800 mg tablet, 800 mg/20ml susp cup</i>	1	
<i>acyclovir 5% ointment</i>	1	PA
<i>acyclovir sodium 500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial</i>	1	PA
<i>famciclovir 125 mg tablet, 250 mg tablet, 500 mg tablet</i>	1	
<i>valacyclovir 1 gram tablet, 500 mg tablet</i>	1	
VALTREX 1 GM, 500 MG	1	
ZOVIRAX 5% OINTMENT	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
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Antiviral, Coronavirus agents

PAXLOVID 150-100 MG (MODERATE)	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)
<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	

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>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)
<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)

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>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)
<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	

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>lithium citrate 8 meq/5 ml soln cup, 8 meq/5 ml solution</i>	1	
LITHOBID ER 300 MG TABLET	1	

Blood Glucose Regulators

Antidiabetic Agents

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

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>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)
<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)

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>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)
<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)

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
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	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JANUMET XR 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)
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)

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
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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 137

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SOLIQUA 100-33 UNIT-MCG/ML PEN	1	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sterile pads ft 2" x 2"</i>	1	PA
SYMLINPEN 120 SYMLININJECTOR	1	
SYMLINPEN 60 SYMLININJECTOR	1	
SYNJARDY 5-1,000 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TABLET, 12.5-500 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY 5-500 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 5-MG TABLET, 10-MG TABLET, 12.5-MG TAB	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML PEN, 1.5 MG/0.5 ML PEN, 3 MG/0.5 ML PEN, 4.5 MG/0.5 ML PEN	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB, 10 MG-500 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 139

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
<i>glucagon emergency kit, glucagon 1 mg emergency kit, glucagon 1 mg vial, glucagon 1 mg emergency kit, glucagon 1 mg vial</i>	1	QL (4 PER 30 DAYS)
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)

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
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

<i>autosshield duo pen needle ndl 30g 5mm</i>	1	PA
<i>droplet insulin syringe 1 ml 30g 8mm, 1 ml 31g 8mm, 1ml 29g 12.7mm, 1ml 30g 12.7mm</i>	1	PA
<i>droplet micron pen needle 34g 3.5mm</i>	1	PA
<i>droplet pen needle 29g 10mm, 29g 12mm, 31g 5mm, 31g 6mm, 31g 8mm, 32g 4mm, 32g 5mm, 32g 6mm, 32g 8mm</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
HUMALOG 100 UNIT/ML CARTRIDGE, 100 UNIT/ML VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN JR 100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG KWIKPEN U-100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG KWIKPEN U-200 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 50-50 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)

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
HUMULIN N KWIKPEN 100 UIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN R 100 UNIT/ML VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN R U-500 UNIT/ML VIAL	1	PA
<i>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
<i>insulin syringe syr 0.5 ml 28g 12.7mm, syringe 1 ml 27g 16mm, syringe 1ml 28g 12.7mm</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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/05/2025 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 143

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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>nano 2nd gen pen needle 3g 4mm</i>	1	PA
<i>nano pen needle 32g 4mm</i>	1	PA
<i>needles, insulin disp., safety</i>	1	PA
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)

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
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)
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 (g6/libre 2 plus)</i>	1	PA, QL (15 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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/05/2025 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 145

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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 5 intro(g6/libre2plus)</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)
<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)
<i>pen needle 31g 5mm, 31g 8mm, 32g 4mm, 32g 6mm</i>	1	PA
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOLOSTR 300 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML	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>true comfort safety pen needle 31g 5mm, 31g 6mm, 32g 4mm</i>	1	PA
<i>ultra-fine insulin syringe - 0.5 ml 30g 12.7mm, -ins syr 1ml 31g 6mm, -ins syr 1ml 31g 8mm, -syr 0.5 ml 31g 6mm, -syr 0.5 ml 31g 8mm, -syr 1 ml 30g 12.7mm</i>	1	PA
<i>ultra-fine pen needle -ndl 29g 12.7mm, -needle 31g 5mm, -needle 31g 8mm, -needle 32g 6mm</i>	1	PA

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)
<i>heparin sodium sod 1,000 unit/ml vial, 2,000 unit/2 ml vial, 5,000 unit/ml carpujet, sod 5,000 unit/ml syrg, sod 5,000 unit/ml vial, 10,000 unit/10 ml vial, sod 10,000 unit/ml vl, sod 20,000 unit/ml vl, 30,000 unit/30 ml vial, 40,000 unit/4 ml vial, 50,000 unit/10 ml vial,</i>	1	

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

50,000 unit/5 ml vial

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>rivaroxaban 2.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>warfarin sodium 1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	

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 1 MG/ML SUSPENSION	1	QL (620 PER 30 DAYS)
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	

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
ARANESP 10 MCG/0.4 ML SYRINGE, 25 MCG/0.42 ML SYRING, 25 MCG/ML VIAL, 40 MCG/0.4 ML SYRINGE, 40 MCG/ML VIAL, 60 MCG/0.3 ML SYRINGE, 60 MCG/ML VIAL, 100 MCG/0.5 ML SYRINGE, 100 MCG/ML VIAL, 150 MCG/0.3 ML SYRINGE, 200 MCG/0.4 ML SYRINGE, 200 MCG/ML VIAL, 300 MCG/0.6 ML SYRINGE, 500 MCG/1 ML SYRINGE	1	PA
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	1	PA
GRANIX 300 MCG/0.5 ML SAFE SYR, 300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SAFE SYR, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE, 480 MCG/1.6 ML VIAL	1	PA
LEUKINE 250 MCG VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 151

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNITS/ML VIAL, 40,000 UNITS/ML VIAL	1	PA
PROMACTA 12.5 MG SUSPEN PACKET, 12.5 MG TABLET, 25 MG SUSPENSION PCKT, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET	1	PA
RETACRIT 2,000 UNIT/ML VIAL, 3,000 UNIT/ML VIAL, 4,000 UNIT/ML VIAL, 10,000 UNIT/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNIT/ML VIAL, 40,000 UNIT/ML VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 152

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	1	PA
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML	1	PA
UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML	1	PA
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SYRINGE	1	PA
Hemostasis Agents		
<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	
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 153

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

Cardiovascular Agents

Alpha-adrenergic Agonists

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

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)
--	---	---------------------

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)
---	---	---------------------

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/05/2025 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 156

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 157

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
<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	

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>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	
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 159

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
<i>quinidine gluconate er 324 mg tab</i>	1	
<i>quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab</i>	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	

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>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	
<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	

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

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/05/2025 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 162

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

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

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

Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines

<i>amlodipine besylate 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	
<i>felodipine er er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet, er 10 mg tablet</i>	1	
<i>isradipine 2.5 mg capsule, 5 mg capsule</i>	1	
<i>nicardipine hcl 20 mg capsule, 30 mg capsule</i>	1	
<i>nifedipine 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	

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>verapamil sr 120 mg capsule, 180 mg capsule, 240 mg capsule, 360 mg capsule</i>	1	
VERELAN 120 MG CAP PELLET, 180 MG CAP PELLET, 240 MG CAP PELLET, 360 MG CAP PELLET	1	
VERELAN PM 100 MG CAP PELLET, 200 MG CAP PELLET, 300 MG CAP PELLET	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-hctz 5-50 mg tab</i>	1	
<i>amlodipine besylate-benazepril -2.5-10, -5-10 mg, -5-20 mg, -5-40 mg, -10-20 mg, -10-40 mg</i>	1	

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 170

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 15 171

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)
<i>ivabradine hcl 5 mg tablet, 7.5 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LANOXIN 62.5 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 250 MCG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)

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 MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide -10-12.5 mg tab, -20-12.5 mg tab, -20-25 mg tab</i>	1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide -50-12.5 mg tab, -100-12.5 mg tab, -100-25 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<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)

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>pentoxifylline er 400 mg tab</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide -10-12.5 mg tab, -20-12.5 mg tab, -20-25 mg tab</i>	1	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 174

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>trandolapril-verapamil er -er 1-240 mg, -er 2-180 mg, -er 2-240 mg, -er 4-240 mg</i>	1	
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	

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
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Diuretics, Loop

<i>bumetanide 0.25 mg/ml vial, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/4 ml vial, 2 mg tablet, 2.5 mg/10 ml vial</i>	1	
<i>furosemide 10 mg/ml solution, 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml soln, 80 mg tablet, 100 mg/10 ml 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	

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

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
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 178

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

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
<i>ezetimibe 10 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ezetimibe-simvastatin -10-10 mg, -10-20 mg, -10-40 mg, -10-80 mg</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>icosapent ethyl 0.5 gm capsule, 500 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>icosapent ethyl 1 gram capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
JUXTAPID 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE	1	PA
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 180

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>triklo 1 gm capsule</i>	1	
VASCEPA 0.5 GM CAPSULE	1	QL (240 PER 30 DAYS)
VASCEPA 1 GM CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
VYTORIN 10-10 MG TABLET, 10-20 MG TABLET, 10-40 MG TABLET, 10-80 MG TABLET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
ZETIA 10 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)

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)

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>spironolactone 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	
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	

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>nitroglycerin patch 0.1 mg/hr patch, 0.2 mg/hr patch, 0.4 mg/hr patch, 0.6 mg/hr patch</i>	1	
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)
---	---	---------------------

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
DEXEDRINE 10 MG, 15 MG	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<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 -amphetamine 7.5 mg tab, -amphetamine 12.5 mg tab, -amphetamine 10 mg tab, -amphetamine 15 mg tab, -amphetamine 30 mg tab, -amphetamine 5 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

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>lisdexamfetamine dimesylate 10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule, 50 mg capsule, 60 mg capsule, 70 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 185

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

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
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)
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)

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
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)
<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 (4 PACK) 30 MCG/0.5 ML SYR (4PK)	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 15 188

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
AVONEX 30 MCG/0.5 ML SYRINGE	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
AVONEX PEN (4 PACK) 30 MCG/0.5 ML (4PK)	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
BETASERON 0.3 MG KIT, 0.3 MG VIAL	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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 SYRING, SYRINGE STARTER PACK	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
PLEGRIDY PEN 125 MCG/0.5 ML PEN, PEN INJ STARTER PACK	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
TECFIDERA DR 120 MG CAPSULE, DR 240 MG CAPSULE, STARTER PACK	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
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	

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>oralone 0.1% paste</i>	1	
<i>periogard 0.12% oral rinse</i>	1	
<i>pilocarpine hcl 5 mg tablet, 7.5 mg tablet</i>	1	
SALAGEN 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET	1	
<i>triamcinolone acetonide 0.1% paste</i>	1	

Dermatological Agents

Acne and Rosacea Agents

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

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
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	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide -benzoyl 1-5%, -bnz 1-5% pmp</i>	1	
<i>doxycycline ir-dr -40 mg cap</i>	1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide -gel</i>	1	
FINACEA 15% FOAM, 15% GEL	1	
<i>isotretinoin 10 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule, 30 mg capsule, 35 mg capsule, 40 mg capsule</i>	1	
KLARON 10% LOTION	1	
<i>myorisan 10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
<i>tazarotene 0.05% cream, 0.05% gel, 0.1% cream, 0.1% gel</i>	1	PA
TAZORAC 0.05% CREAM, 0.05% GEL, 0.1% GEL	1	PA
<i>tretinoin 0.01% gel, 0.025% cream, 0.025% gel, 0.05% cream, 0.1% cream</i>	1	PA
<i>zenatane 10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule</i>	1	
Dermatitis and Pruitus Agents		
ALA-CORT -1% CREAM	1	

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

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

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

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

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 196

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 197

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

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

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 199

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

Electrolytes/Minerals/ Metals/ Vitamins

Electrolyte/Mineral Replacement

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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>glucose 5%-0.9% nacl - 1000 ml</i>	1	
<i>kcl-d5w-0.2% nacl 10 meq/500 ml--0.2%nacl, 20 meq/l--0.2% nacl</i>	1	
<i>kcl-d5w-0.225% nacl 10meq/500ml--0.225%nacl, 20 meq/l--0.225% nacl</i>	1	
<i>kcl-d5w-0.45% nacl 10 meq/500ml--0.45%nacl, 10 meq/l--0.45% nacl, 20 meq/l--0.45% nacl, 30 meq/l--0.45% nacl, 40 meq/l--0.45% nacl</i>	1	
KLOR-CON 10 -MEQ TABLET	1	
KLOR-CON 8 -MEQ TABLET	1	
<i>klor-con m10 -tablet</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
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	
<i>potassium chloride cl10%(20meq/15ml) cup, cl10%(40meq/30ml) cup, cl20%(40meq/15ml) cup, cl 2 meq/ml conc, cl 10 meq/5 ml conc, cl 10% (20 meq/15ml), cl 10% (40 meq/30ml), cl 20 meq/10 ml conc, cl 20% (40 meq/15ml), cl 40 meq/20 ml conc, cl 60 meq/30 ml conc, cl er 8 meq capsule, cl er 8 meq tablet, cl er 10 meq capsule, cl er 10 meq tablet, cl er 15 meq tablet, cl er 20 meq tablet</i>	1	
<i>potassium chloride in d5lr kcl 20 meqd5w-lact ringer</i>	1	
<i>potassium chloride proamp cl 20 meq/10 ml conc</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 202

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

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
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
CHEMET 100 MG CAPSULE	1	
<i>deferasirox 90 mg granule pkt, 90 mg tablet, 125 mg tb for susp, 180 mg granule pkt, 180 mg tablet, 250 mg tb for susp, 360 mg granule pkt, 360 mg tablet, 500 mg tb for susp</i>	1	PA
EXJADE 125 MG TABLET, 250 MG TABLET, 500 MG TABLET	1	PA
JADENU 90 MG TABLET, 180 MG TABLET, 360 MG TABLET	1	PA
JADENU SPRINKLE 90 MG GRANULE, 180 MG GRANULE, 360 MG GRANULE	1	PA
SAMSCA 15 MG TABLET, 30 MG TABLET	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SYPRINE 250 MG CAPSULE	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tolvaptan 15 mg tablet, 30 mg tablet</i>	1	PA
<i>trientine hcl 250 mg capsule</i>	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>dextrose in water 5%-100 ml, 5%-1,000 ml, 5%-250 ml, 5%-50 ml, 5%-iv soln, 10%-iv solution</i>	1	
<i>glucose in water 5%-100 ml, 5%-50 ml</i>	1	
INTRALIPID 20% IV FAT EMUL	1	PA
NUTRILIPID 20% IV FAT EMULSION	1	PA
TRAVASOL 10% SOLN VIAFLEX	1	PA
TROPHAMINE 10% IV SOLUTION	1	PA
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 205

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SPS 15 GM/60 ML SUSPENSION, 30 GM/120 ML ENEMA SUSP	1	
VELTASSA 1 GM POWDER PACKET, 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 y 206

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 207

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	
<i>chenodal 250 mg tablet</i>	1	PA
GATTEX 5 MG 30-VIAL KIT, 5 MG ONE-VIAL KIT, 5 MG VIAL	1	PA
<i>gavilyte-c -solution</i>	1	
<i>gavilyte-g -solution</i>	1	
<i>gavilyte-n -solutio</i>	1	
GOLYTELY SOLUTION	1	
<i>metoclopramide hcl 5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml cup, 10 mg/10 ml sol</i>	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
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	
SUTAB SU1.479-0.225-0.188 GM	1	

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>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	
<i>misoprostol 100 mcg tablet, 200 mcg 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>sucralfate 1 gm tablet, 1 gm/10 ml susp, 1 gm/10 ml susp cup</i>	1	
Proton Pump Inhibitors		
<i>esomeprazole magnesium dr 2.5 mg packet, dr 5 mg packet, 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 15 211

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

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 213

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>l-glutamine -glutamine 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 (180 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

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 (180 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 y 215

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 216

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 218

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 219

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, 15 mg/5 ml syrup, 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 220

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

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 testosteron 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	

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>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 225

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	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
01/05/2025 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 227

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 y 228

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>falmina -28 tablet</i>	1	
<i>feirza 1 mg-20 mcg tablet, 1.5 mg-30 mcg 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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 229

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>jolessa 0.15 mg-0.03 mg tablet</i>	1	
<i>juleber 28 day tablet</i>	1	
<i>junel 1 mg-20 mcg tablet, 1.5 mg-30 mcg tablet</i>	1	
<i>junel fe 1 mg-20 mcg tablet, 1.5 mg-30 mcg tablet</i>	1	
<i>junel fe 24 tablet</i>	1	
<i>kaitlib fe 0.8-0.025mg chew tb</i>	1	
<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	

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>leena 28 tablet</i>	1	
<i>lessina -28 tablet</i>	1	
<i>levonest -28 tablet</i>	1	
<i>levonorg-eth estrad eth estrad lvono-strad 0.15- 0.03-0.01, lvonor-strad 0.1- 0.02-0.01</i>	1	
<i>levonorgestrel-eth estradiol -estra 0.09-0.02 mg, -estrad 0.1-0.02 mg, -estrad 0.15- 0.03, -estrad triphasic</i>	1	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/05/2025 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 231

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>marlissa -28 tablet</i>	1	
<i>merzee 1 mg-20 mcg capsule</i>	1	
<i>microgestin 21 1-20 tablet, 21 1.5-30 tab</i>	1	
<i>microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg</i>	1	
<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-lynyah -28 tablet</i>	1	
<i>necon 0.5-35-28 tablet</i>	1	
<i>nikki 3 mg-0.02 mg tablet</i>	1	
<i>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 232

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 y 233

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
01/05/2025 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 234

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>valtya 1 mg-50 mcg tablet</i>	1	
<i>velivet 28 day tablet</i>	1	
<i>vestura 3 mg-0.02 mg 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 MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>vienva -28 tablet</i>	1	
<i>viorele 28 day tablet</i>	1	
<i>volnea 0.15-0.02-0.01 mg tab</i>	1	
<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>xarah fe 1 mg/20-30-35 mcg tab</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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 -SYRINGE	1	
<i>emzahh 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>errin 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>gallifrey 5 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	

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>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	
<i>norethindrone acetate 5 mg tablet</i>	1	
<i>progesterone 100 mg capsule, 200 mg capsule</i>	1	
PROVERA 2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	
<i>sharobel 0.35 mg tablet</i>	1	
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	1	
---------------------------------	---	--

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

TABLET, 50 MCG
TABLET

**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

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

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

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

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

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

1

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

1

— Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/05/2025 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15

TABLET

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
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

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
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 vl, acet 50 mcg/ml amp, acet 50 mcg/ml syr, acet 50 mcg/ml vial, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml syr, acet 100 mcg/ml vl, acet 200 mcg/ml vl, acet 500 mcg/ml amp, acet 500 mcg/ml syr, acet 500 mcg/ml vl, 1,000 mcg/5 ml vial, 1,000 mcg/ml vial, 5,000 mcg/5 ml vial</i>	1	PA
<i>octreotide acetate er er 10 mg, er 20 mg, er 30 mg</i>	1	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG KT, 10 MG VL, 20 MG KT, 20 MG VL, 30 MG KT, 30 MG VL	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
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

Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)

Antithyroid Agents

<i>methimazole 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
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

propylthiouracil 50 mg tablet

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)

Immunoglobulins

ATGAM 50 MG/ML AMPUL	1	PA
GAMMAGARD LIQUID 10% 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
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
Immunological Agents, Other		
ARCALYST 220 MG VIAL	1	PA
BENLYSTA 200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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
DUPIXENT SYRINGE 100 MG/0.67 ML SYRING, 200 MG/1.14 ML SYRING, 300 MG/2 ML SYRINGE	1	PA
ENTYVIO PEN 108 MG/0.68 ML	1	PA

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
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
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

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
TREMFYA 100 MG/ML INJECTOR, 100 MG/ML SYRINGE, 200 MG/2 ML SYRINGE	1	PA
TREMFYA PEN 200 MG/2 ML	1	PA
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTOINJECT, 75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/1.2 ML POWDER VL, 150 MG/ML AUTOINJECTOR, 150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML AUTOINJECT, 300 MG/2 ML SYRINGE	1	PA
Immunostimulants		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	1	PA
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE, 180 MCG/ML VIAL	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Immunosuppressants		
ASTAGRAF XL 0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE	1	PA
AZASAN 75 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	PA
<i>azathioprine 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	PA
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
ENBREL MINI 50 MG/ML CARTRIDGE	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
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
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML	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
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	
<i>methotrexate 1 gm vial, 2.5 mg tablet, 50 mg/2 ml vial, 250 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 y 253

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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
RAPAMUNE 1 MG/ML ORAL SOLN	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 254

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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
SIMLANDI(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	1	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	1	PA
<i>sirolimus 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml oral soln, 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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 255

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Vaccines		
ABRYSVO ACT-O-VIAL, VIAL, VIAL WITH DILUENT SYRG	1	QL (1 PER 365 OVER TIME)
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

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
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT -10 MCG/0.5 SYRN	1	PA
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE) 1 ML VIAL (STOCKPILE)	1	
GARDASIL 9 9 SYRINGE, 9 VIAL	1	
HAVRIX 720 UNIT/0.5 ML SYRINGE, 720 UNITS/0.5 ML VIAL, 1,440 UNIT/ML SYRINGE	1	
HEPLISAV-B -20 MCG/0.5 ML SYRNG	1	PA
HIBERIX VACCINE VIAL, VIAL AND DILUENT SYRG, VIAL WITH DILUENT VIAL	1	
IMOVAX RABIES VACCINE VIAL	1	PA
INFANRIX DTAP SYRINGE	1	
IPOL VIAL	1	

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
IXCHIQ VIAL	1	
IXIARO 6 UNIT(6 MCG)/0.5ML SYR	1	
JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE) 0.5 ML VIAL(STOCKPILE)	1	PA
JYNNEOS 0.5 ML VIAL	1	PA
KINRIX TIP-LOK SYRINGE	1	
M-M-R II VACCINE -- VIAL	1	
MENACTRA VIAL	1	
MENQUADFI VIAL	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP 1 VIL-----135-DIP, ---KIT (2 VILS)	1	
MRESVIA 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	1	QL (0.5 PER 999 OVER TIME)
PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	1	
PEDVAXHIB VACCINE VIAL	1	
PENBRAYA KIT	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 MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
PENTACEL VIAL KIT	1	
PREHEVBRIO 10 MCG/ML VIAL	1	PA
PRIORIX VIAL	1	
PROQUAD VIAL	1	
QUADRACEL DTAP-IPV -SYRINGE, -VIAL	1	
RABAVERT VACC W-DILUENT, VACCINE VIAL	1	PA
RECOMBIVAX HB 5 MCG/0.5 ML SYR, 5 MCG/0.5 ML VL, 10 MCG/ML SYR, 10 MCG/ML VIAL, 40 MCG/ML VIAL	1	PA
ROTARIX ORAL SYRINGE, SUSPENSION	1	
ROTATEQ VACCINE	1	
SHINGRIX VIAL KIT	1	QL (2 PER 999 OVER TIME)
STAMARIL VIAL	1	
TDVAX VIAL	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML AL, 25 MCG/0.5 ML SYRNG	1	
VAQTA 25 UNITS/0.5 ML SYRINGE, 25 UNITS/0.5 ML VIAL, 50 UNITS/ML SYRINGE, 50 UNITS/ML VIAL	1	
VARIVAX VACCINE VIAL, WITH DILUENT	1	
VAXCHORA VACCINE	1	
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML SYRINGE	1	
VIVOTIF EC CAPSULE	1	
YF-VAX -1 VIAL, -5 VIAL	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 MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
-----------------------------------	--	--------------------------------

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	
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/05/2025 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 261

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 262

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)

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	

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>cinacalcet hcl 30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet</i>	1	PA
FORTEO 560 MCG/2.24 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	
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	

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
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

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 265

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
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

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 MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
-----------------------------------	--	--------------------------------

Ophthalmic Anti-Infectives

<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	
<i>gentamicin sulfate 0.3% eye drop</i>	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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 267

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
<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	

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
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	
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% OPTH DROPS	1	
INVELTYS 1% EYE DROP	1	

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>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	
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	

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>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	
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 271

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>pilocarpine hcl 1% drops, 2% drops, 4% drops</i>	1	
RHOPRESSA 0.02% OPTH 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)
<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	

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
<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	
<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)

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
ASMANEX TWISTHALER 110 MCG #30, TWISTHALER 220 MCG #14, TWISTHALER 220 MCG #30, TWISTHALER 220 MCG #60, TWISTHALER 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)
<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)

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
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 tablet</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
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tablet</i>	1	
<i>olopatadine hcl 665 mcg nasal spry</i>	1	QL (30.5 PER 30 DAYS)
Antileukotrienes		
ACCOLATE 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	
<i>montelukast sodium 4 mg granules, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew, 10 mg tablet</i>	1	

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
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)
<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)

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
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 2 mg/5 ml syrup cup, sulf 2 mg/5 ml syrup, sulfate 2 mg tab, sulfate 4 mg tab, 8 mg/20 ml syrup cup</i>	1	
<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
<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)

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
<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)
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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
<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	

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
<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)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 280

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 281

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

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 (30.9 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE INHALER	1	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate -80-4.5, -160-4.5</i>	1	QL (30.9 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG	1	QL (8 PER 30 DAYS)
DULERA 50 MCG-5 MCG INHALER, 100 MCG-5 MCG INHALER, 200 MCG-5 MCG INHALER	1	QL (39 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/05/2025 abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 282

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
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)

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
-----------------------------------	--	--------------------------------

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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 284

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)

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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 15 y 285

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
LUMRYZ STARTER PACK 4.5-6-7.5 GM PK	1	PA, QL (28 PER 28 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)
Uncategorized		
Unclassified		
<i>ultiguard safepack-pen needle gnp</i>	1	PA

Índice de medicamentos

A

abacavir.....	121	AIMOVIG	
abacavir-lamivudine.....	121	AUTOINJECTOR.....	73
ABILIFY.....	107	AKEEGA.....	82
ABILIFY ASIMTUFII.....	107	ALA-CORT.....	193
ABILIFY MAINTENA.....	107	albendazole.....	100
abiraterone acetate.....	77	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic ProAir HFA).....	277
abirtega.....	77	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic Proventil HFA).....	277
ABRYSVO.....	256	albuterol sulfate.....	277
acamprosate calcium.....	27	alclometasone dipropionate.....	194
acarbose.....	133	ALDACTONE.....	181
ACCOLATE.....	275	ALECENSA.....	82
accutane.....	191	alendronate sodium.....	263
acebutolol hcl.....	161	alfuzosin hcl er.....	217
acetaminophen-codeine.....	23	aliskiren.....	168
acetazolamide.....	168	allopurinol.....	72
acetazolamide er.....	168	alosetron hcl.....	207
acetic acid.....	272	ALPHAGAN P.....	271
acetylcysteine.....	282	alprazolam.....	130
acitretin.....	191	alprazolam er.....	130
ACTHAR.....	219	alprazolam xr.....	130
ACTHAR SELFJECT.....	219	ALTACE.....	157
ACTHIB.....	256	altavera.....	226
ACTIMMUNE.....	250	ALUNBRIG.....	82
ACTOS.....	133	alyacen.....	226
ACULAR.....	268	amabelz.....	226
ACULAR LS.....	269	amantadine.....	102
acyclovir.....	129	AMBISOME.....	68
acyclovir sodium.....	129	ambrisentan.....	280
ADACEL TDAP.....	256	amethia.....	226
ADCIRCA.....	280	amethyst.....	226
ADDERALL XR.....	183	amikacin sulfate.....	29
adefovir dipivoxil.....	127	amiloride hcl.....	176
ADEMPAS.....	280	amiloride- hydrochlorothiazide.....	168
ADLARITY.....	55	amiodarone hcl.....	159
ADVAIR HFA.....	282	amitriptyline hcl.....	65
AFINITOR.....	82	amlodipine besylate.....	164
AFINITOR DISPERZ.....	82		
afirmelle.....	226		
AGRYLIN.....	150		

amlodipine besylate-		ARISTADA	108
benazepril	168	ARISTADA INITIO	108
amlodipine-atorvastatin	169	armodafinil	285
amlodipine-olmesartan	169	ARNUIITY ELLIPTA	273
amlodipine-valsartan	169	AROMASIN	81
amlodipine-valsartan-hctz	169	ARTHROTEC 50	17
ammonium lactate	194	ARTHROTEC 75	17
amnesteem	191	asenapine maleate	108
amoxapine	65	ashlyna	226
amoxicillin	36	ASMANEX	274
amoxicillin-clavulanate pot		ASMANEX HFA	273
er	36	aspirin-dipyridamole er	153
amoxicillin-clavulanate		ASTAGRAF XL	251
potass	37	ATACAND	155
amphotericin b	69	ATACAND HCT	169
amphotericin b liposome	69	atazanavir sulfate	124
ampicillin sodium	37	ATELVIA	263
ampicillin trihydrate	37	atenolol	161
ampicillin-sulbactam	37	atenolol-chlorthalidone	169
AMPYRA	188	ATGAM	246
anagrelide hcl	150	atomoxetine hcl	185
anastrozole	81	atorvastatin calcium	178
ANDROGEL	222	atovaquone	100
ANORO ELLIPTA	282	atovaquone-proguanil hcl	101
APOKYN	103	atropine sulfate	265
apomorphine hcl	103	ATROVENT HFA	276
aprepitant	68	aubra	226
apri	226	aubra eq	226
APRISO	261	AUGTYRO	83
APTIOM	52	aurovela	226
APTIVUS	124	aurovela 24 fe	226
aqua care sodium chloride	200	aurovela fe	226
aranelle	226	AUSTEDO	187
ARANESP	151	AUSTEDO XR	187
ARCALYST	247	AUSTEDO XR TITRATION	
AREXVY	256	KT(WK1-4)	188
ARICEPT	56	autoschild duo pen needle	141
ARIKAYCE	29	AUVELITY	57
ARIMIDEX	81	AVALIDE	169
aripiprazole	108	AVAPRO	156
aripiprazole odt	108	aviane	226

avidoxy.....	42	BENICAR.....	156
AVITA.....	191	BENICAR HCT.....	170
AVODART.....	218	BENLYSTA.....	247
AVONEX.....	189	BENZAMYCIN.....	192
AVONEX (4 PACK).....	188	benznidazole.....	100
AVONEX PEN (4 PACK).....	189	benztropine mesylate.....	102
ayuna.....	227	BESIVANCE.....	267
AYVAKIT.....	83	BESREMI.....	250
AZACTAM.....	30	betaine anhydrous.....	212
AZASAN.....	251	betamethasone diprop augmented.....	194
azathioprine.....	251	betamethasone dipropionate.....	194
azelaic acid.....	191	betamethasone valerate.....	194
azelastine hcl.....	268,275	BETASERON.....	189
AZELEX.....	192	betaxolol hcl.....	161,270
AZILECT.....	105	bethanechol chloride.....	219
azithromycin.....	39	BETOPTIC S.....	270
AZOPT.....	271	bexarotene.....	99
AZOR.....	169	BEXSERO.....	256
aztreonam.....	30	bicalutamide.....	77
AZULFIDINE.....	261	BICILLIN L-A.....	37
azurette.....	227	BIKTARVY.....	118
B		BILTRICIDE.....	100
bacitracin.....	267	bimatoprost.....	272
bacitracin-polymyxin.....	267	bismuth-metronidazole- tetracyc.....	208
baclofen.....	118	bisoprolol fumarate.....	161
BACTRIM.....	42	bisoprolol- hydrochlorothiazide.....	170
BACTRIM DS.....	42	blisovi 24 fe.....	227
balsalazide disodium.....	261	blisovi fe.....	227
BALVERSA.....	83	BOOSTRIX TDAP.....	256
balziva.....	227	bosentan.....	280
BANZEL.....	52	BOSULIF.....	83
BAQSIMI.....	140	BRAFTOVI.....	83
BARACLUDE.....	127	BREO ELLIPTA.....	282
BCG VACCINE (TICE STRAIN).....	256	breyna.....	282
BELBUCA.....	21	BREZTRI AEROSPHERE.....	282
BELSOMRA.....	284	briellyn.....	227
benazepril hcl.....	158	BRILINTA.....	153
benazepril- hydrochlorothiazide.....	170		

brimonidine tartrate.....	271	CALQUENCE.....	84
brimonidine tartrate-timolol	265	camila.....	237
brinzolamide.....	271	camrese.....	227
BRIVIACT.....	43,44	camrese lo.....	227
bromfenac sodium.....	269	CANASA.....	261
bromocriptine mesylate.....	103	CANCIDAS.....	69
BRUKINSA.....	84	candesartan cilexetil.....	156
budesonide.....	274	candesartan-	
budesonide dr.....	262	hydrochlorothiazid.....	170
budesonide ec.....	262	CAPLYTA.....	108
budesonide er.....	263	CAPRELSA.....	84
budesonide-formoterol		captopril.....	158
fumarate.....	282	CARAFATE.....	210
bumetanide.....	176	CARBAGLU.....	200
BUPHENYL.....	212	carbamazepine.....	52
buprenorphine.....	21	carbamazepine er.....	52
buprenorphine hcl.....	27	CARBATROL.....	52
buprenorphine-naloxone.....	27,28	carbidopa.....	104
bupropion hcl.....	57	carbidopa-levodopa.....	104
bupropion hcl sr.....	29,57,58	carbidopa-levodopa er.....	104
bupropion hcl sr 150mg		carbidopa-levodopa-	
tablet.....	58	entacapone.....	102
bupropion xl.....	58	CARDIZEM.....	165
bupirone hcl.....	130	CARDIZEM CD.....	165
butalbital-acetaminophen.....	17	CARDIZEM LA.....	165
butalbital-acetaminophen-		CARDURA.....	155
caffe.....	17	carglumic acid.....	200
butalbital-aspirin-caffeine.....	17	carisoprodol.....	284
butorphanol tartrate.....	23	CARNITOR.....	212
BUTRANS.....	22	CARNITOR SF.....	212
BYDUREON BCISE.....	133	carteolol hcl.....	270
BYSTOLIC.....	161	cartia xt.....	165
C		carvedilol.....	161
cabergoline.....	243	carvedilol er.....	161
CABLIVI.....	153	CASODEX.....	77
CABOMETYX.....	84	casprofungin acetate.....	69
calcipotriene.....	198	CAYSTON.....	278
calcitonin-salmon.....	263	cefaclor.....	34
calcitrene.....	198	cefadroxil.....	34
calcitriol.....	263	cefazolin sodium.....	34
		cefazolin sodium-dextrose.....	34

cefdinir.....	34	cinacalcet hcl.....	264
cefepime.....	35	CINRYZE.....	246
cefepime hcl.....	35	CIPRO.....	41
cefepime-dextrose.....	35	CIPRODEX.....	272
cefixime.....	35	ciprofloxacin hcl.....	41,267
cefoxitin.....	35	ciprofloxacin-d5w.....	41
cefoxitin sodium.....	35	ciprofloxacin-	
cefpodoxime proxetil.....	35	dexamethasone.....	273
cefprozil.....	35	citalopram hbr.....	60
ceftazidime.....	35	claravis.....	192
ceftriaxone.....	35	clarithromycin.....	39
cefuroxime.....	36	clarithromycin er.....	39
cefuroxime sodium.....	36	clemastine fumarate.....	275
CELEBREX.....	17,18	CLEOCIN.....	30
celecoxib.....	18	CLEOCIN HCL.....	31
CELEXA.....	60	CLEOCIN PHOSPHATE.....	31
CELLCEPT.....	251	CLEOCIN T.....	31
CELONTIN.....	47	clindacin etz.....	31
cephalexin.....	36	clindacin p.....	31
CEREZYME.....	213	clindamycin (pediatric).....	31
cetirizine hcl.....	275	clindamycin hcl.....	31
cevimeline hcl.....	190	clindamycin phos-benzoyl	
chateal.....	227	perox.....	192
chateal eq.....	227	clindamycin phosphate.....	31
CHEMET.....	204	clindamycin phosphate-d5w.....	32
chenodal.....	208	clindamycin-0.9% nacl.....	32
chlordiazepoxide hcl.....	131	clindamycin-benzoyl	
chlorhexidine gluconate.....	190	peroxide.....	192
chloroquine phosphate.....	101	clobazam.....	48
chlorpromazine hcl.....	67	clobetasol emollient.....	194
chlorthalidone.....	177	clobetasol propionate.....	194,195
chlorzoxazone.....	284	clodan.....	195
cholestyramine.....	179	clomipramine hcl.....	65
cholestyramine light.....	179	clonazepam.....	131
CHORIONIC		clonidine.....	154
GONADOTROPIN.....	221	clonidine hcl.....	154
ciclodan.....	69	clonidine hcl er.....	186
ciclopirox.....	69	clopidogrel.....	153
cilostazol.....	153	clorazepate dipotassium.....	131
CIMDUO.....	121	clotrimazole.....	69
cimetidine.....	210	clotrimazole-betamethasone.....	198

clozapine.....	117	CRESTOR.....	178
clozapine odt.....	117	cromolyn sodium... 213,268,279	
CLOZARIL.....	117,118	cryselle.....	227
COARTEM.....	101	CRYSVITA.....	213
COBENFY.....	117	CUBICIN.....	32
COBENFY STARTER		CUBICIN RF.....	32
PACK.....	117	cyclobenzaprine hcl.....	284
codeine sulfate.....	23	cyclophosphamide.....	76
COLAZAL.....	261	cycloserine.....	76
colchicine.....	72	CYCLOSET.....	133
COLCRYS.....	72	cyclosporine.....	251
COLESTID.....	179	cyclosporine modified.....	251
colestipol hcl.....	179	CYMBALTA.....	60
colistimethate.....	32	cyproheptadine hcl.....	275
COMBIGAN.....	265	cyred.....	227
COMBIPATCH.....	227	cyred eq.....	227
COMBIVENT RESPIMAT.....	282	CYSTADANE.....	213
COMETRIQ.....	84	CYSTADROPS.....	265
COMPLERA.....	121	CYSTAGON.....	213
compro.....	67	CYSTARAN.....	265
COMTAN.....	102	CYTOMEL.....	239
constulose.....	206	CYTOTEC.....	210
COPAXONE.....	189	D	
COPIKTRA.....	84	dabigatran etexilate.....	147
COREG CR.....	162	dalfampridine er.....	189
CORLANOR.....	170	DALIRESP.....	279
CORTEF.....	219	DALVANCE.....	32
COSENTYX (2		danazol.....	222
SYRINGES).....	248	DANTRIUM.....	118
COSENTYX SENSOREADY		dantrolene sodium.....	118
(2 PENS).....	248	DANZITEN.....	84
COSENTYX SENSOREADY		dapsone.....	75
PEN.....	248	DAPTACEL DTAP.....	256
COSENTYX SYRINGE.....	248	daptomycin.....	32
COSENTYX UNOREADY		DARAPRIM.....	101
PEN.....	248	darifenacin er.....	216
COSOPT.....	265	darunavir.....	125
COTELLIC.....	84	dasatinib.....	85
COZAAR.....	156	dasetta.....	227
CREON.....	213	DAURISMO.....	85
CRESEMBA.....	69		

DAYPRO.....	18	dextroamphetamine-amphet	
daysee.....	227	er.....	184
DAYVIGO.....	284	dextroamphetamine-	
DDAVP.....	221	amphetamine.....	184
deblitane.....	237	dextrose 2.5%-0.45% nacl.....	200
deferasirox.....	204	dextrose 5%-0.2% nacl.....	200
DELSTRIGO.....	119	dextrose 5%-0.225% nacl.....	201
DELZICOL.....	261	dextrose 5%-0.45% nacl.....	201
demeclocycline hcl.....	42	dextrose 5%-0.9% nacl.....	201
DEMSEK.....	170	dextrose in water.....	205
DENGVAXIA.....	256	DIACOMIT.....	44
DEPAKOTE.....	44	diazepam.....	48,131
DEPAKOTE ER.....	44	diazoxide.....	140
DEPAKOTE SPRINKLE.....	44	diclofenac potassium.....	18
DEPEN.....	219	diclofenac sodium.....	18,198,269
DEPO-ESTRADIOL.....	223	diclofenac sodium er.....	18
DEPO-PROVERA.....	237	diclofenac sodium-	
DEPO-SUBQ PROVERA		misoprostol.....	19
104.....	237	dicloxacillin sodium.....	37
DEPO-TESTOSTERONE.....	222	dicyclomine hcl.....	208
dermacinrx lidocan.....	26	DIFICID.....	40
DESCOVY.....	121	DIFLUCAN.....	69
desipramine hcl.....	66	difluprednate.....	269
desloratadine.....	275	digitek.....	170
desmopressin acetate.....	221	digoxin.....	171
desogestr-eth estrad eth		dihydroergotamine mesylate.....	72
estra.....	227	DILANTIN.....	53
desogestrel-ethinyl estradiol.....	228	DILANTIN-125.....	53
desonide.....	195	dilt-xr.....	165
desoximetasone.....	195	diltiazem 12hr er.....	166
desvenlafaxine succinate er.....	60	diltiazem 24hr er.....	166
DETROL.....	216	diltiazem 24hr er (cd).....	166
DETROL LA.....	216	diltiazem 24hr er (la).....	166
dexamethasone.....	220	diltiazem 24hr er (xr).....	166
dexamethasone sodium		diltiazem hcl.....	166
phosphate.....	269	dimethyl fumarate.....	189
DEXEDRINE.....	184	DIOVAN.....	156
dexmethylphenidate hcl.....	186	DIOVAN HCT.....	171
dextroamphetamine sulfate.....	184	DIPENTUM.....	261
dextroamphetamine sulfate		diphenoxylate-atropine.....	207
er.....	184		

DIPHThERIA-TETANUS	
TOXOIDS-PED	256
DIPROLENE	195
dipyridamole	154
disulfiram	27
divalproex sodium	44
divalproex sodium er	44
DIVIGEL	223
dofetilide	159
dolishale	228
donepezil hcl	56
donepezil hcl odt	56
dorzolamide hcl	271
dorzolamide-timolol	266
dotti	224
DOVATO	119
doxazosin mesylate	155
doxepin hcl	66,195,284
doxy 100	42
doxycycline hyclate	43
doxycycline ir-dr	192
doxycycline monohydrate	43
DRIZALMA SPRINKLE	60
dronabinol	68
droplet insulin syringe	141
droplet micron pen needle	141
droplet pen needle	141
drosiprenone-eth estra-levomef	228
drosiprenone-ethinyl estradiol	228
droxidopa	154
DUAVEE	238
DULERA	282
duloxetine hcl	61
DUPIXENT PEN	248
DUPIXENT SYRINGE	248
DUREZOL	269
dutasteride	218
dutasteride-tamsulosin	218

E	
E.E.S. 200	40
ec-naproxen	19
econazole nitrate	69
EDARBI	156
EDARBYCLOR	171
EDURANT	120
efavirenz	120
efavirenz-emtricitabine-tenofovir	
disop	120
efavirenz-lamivudine-tenofovir	
disop	120
EFFEXOR XR	61
EFUDEX	198
ELELYSO	213
ELIDEL	195
ELIGARD	243
elinest	228
ELIQUIS	147
eluryng	228
EMEND	68
EMGALITY PEN	73
EMGALITY SYRINGE	73
EMSAM	59
emtricitabine	121
emtricitabine-tenofovir	
disop	121
EMTRIVA	121
emzahn	237
enalapril maleate	158
enalapril-hydrochlorothiazide	171
ENBREL	251
ENBREL MINI	251
ENBREL SURECLICK	252
ENDARI	213
endocet	23
ENGERIX-B ADULT	256
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	257

enilloring.....	228	esomeprazole magnesium....	211
enoxaparin sodium.....	148	estarylla.....	228
enpresse.....	228	ESTRACE.....	224
enskyce.....	228	estradiol.....	224
entacapone.....	102	estradiol (once weekly).....	224
entecavir.....	127	estradiol (twice weekly).....	224
ENTRESTO.....	171	estradiol valerate.....	225
ENTRESTO SPRINKLE.....	171	estradiol-norethindrone	
ENTYVIO PEN.....	248	acetat.....	228
enulose.....	206	ESTRING.....	225
ENVARUSUS XR.....	252	eszopiclone.....	284
EPIDIOLEX.....	44	ethambutol hcl.....	76
epinastine hcl.....	268	ethosuximide.....	47
epinephrine.....	277	ethynodiol-ethinyl estradiol.....	228
epitol.....	53	etodolac.....	19
EPIVIR.....	122	etodolac er.....	19
eplerenone.....	181	etonogestrel-ethinyl	
EPRONTIA.....	45	estradiol.....	228
EPZICOM.....	122	etravirine.....	120
ergotamine-caffeine.....	72	EUTHYROX.....	239
ERIVEDGE.....	85	everolimus.....	85,252
ERLEADA.....	77	EVISTA.....	238
erlotinib hcl.....	85	EVOTAZ.....	125
errin.....	237	EXELON.....	56
ertapenem.....	39	exemestane.....	82
ERVEBO (NATIONAL		EXFORGE.....	172
STOCKPILE).....	257	EXFORGE HCT.....	172
ery.....	40	EXJADE.....	204
ERY-TAB.....	40	EXKIVITY.....	85
ERYPED 200.....	40	EXTENCILLINE.....	37
ERYPED 400.....	40	EYSUVIS.....	269
ERYTHROCIN		ezetimibe.....	180
LACTOBIONATE.....	40	ezetimibe-simvastatin.....	180
erythromycin.....	40,267	F	
erythromycin ethylsuccinate.....	40	falmina.....	229
erythromycin lactobionate.....	41	fanciclovir.....	129
erythromycin-benzoyl		famotidine.....	210
peroxide.....	192	FANAPT.....	109
ESBRIET.....	281	FARESTON.....	79
escitalopram oxalate.....	61	FARXIGA.....	133
ESGIC.....	17		

FASENRA.....	283	fluticasone propionate hfa...	274
FASENRA PEN.....	283	fluticasone-salmeterol.....	283
feirza.....	229	fluvastatin er.....	178
felbamate.....	45	fluvastatin sodium.....	178
felodipine er.....	164	fluvoxamine maleate.....	62
FEMARA.....	82	FML.....	269
femynor.....	229	FOCALIN.....	186
fenofibrate.....	177	fondaparinux sodium.....	148
fenofibric acid.....	177	FORTEO.....	264
fentanyl.....	22	FOSAMAX.....	264
fentanyl citrate.....	24	fosamprenavir calcium.....	125
fesoterodine fumarate er.....	216	fosinopril sodium.....	158
FETZIMA.....	61	fosinopril-	
FINACEA.....	192	hydrochlorothiazide.....	172
finasteride.....	218	FOTIVDA.....	86
fingolimod.....	189	FRUZAQLA.....	86
FINTEPLA.....	45	FULPHILA.....	151
FIRAZYR.....	246	furosemide.....	176
FIRMAGON.....	243	FUZEON.....	123
flac otic oil.....	273	fyavolv.....	229
FLAGYL.....	32	FYCOMPA.....	45
flecainide acetate.....	159	G	
FLOMAX.....	218	gabapentin.....	48
fluconazole.....	70	galantamine er.....	56
fluconazole-nacl.....	70	galantamine hbr.....	56
flucytosine.....	70	galantamine hydrobromide.....	56
fludrocortisone acetate.....	220	gallifrey.....	237
flunisolide.....	274	GAMMAGARD LIQUID.....	246
fluocinolone acetonide.....	195	GAMMAGARD S-D.....	247
fluocinolone acetonide oil.....	273	GAMMAPLEX.....	247
fluocinonide.....	196	GAMUNEX-C.....	247
fluocinonide-e.....	196	GARDASIL 9.....	257
fluorometholone.....	269	gatifloxacin.....	267
fluorouracil.....	198	GATTEX.....	208
fluoxetine dr.....	61	GAUZE PADS &	
fluoxetine hcl.....	61,62	DRESSINGS - PADS 2 X 2	134
fluphenazine decanoate.....	105	gavilyte-c.....	208
fluphenazine hcl.....	105	gavilyte-g.....	208
flurbiprofen.....	19	gavilyte-n.....	208
flurbiprofen sodium.....	269	GAVRETO.....	86
fluticasone propionate.....	196,274		

gefitinib.....	86	GVOKE HYPOPEN 1- PACK.....	140
gemfibrozil.....	177	GVOKE HYPOPEN 2- PACK.....	141
gemmily.....	229	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	141
GEMTESA.....	216	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE.....	141
generlac.....	206	H	
gengraf.....	252	HADLIMA.....	252
gentamicin sulfate....	30,199,267	HADLIMA PUSH TOUCH.....	252
gentamicin sulfate in ns.....	30	HADLIMA(CF).....	252
GENVOYA.....	119	HADLIMA(CF) PUSH TOUCH.....	252
GEODON.....	109	HAEGARDA.....	246
GILENYA.....	189	hailey.....	229
GILOTRIF.....	86	hailey 24 fe.....	229
glatiramer acetate.....	189	hailey fe.....	229
glatopa.....	189,190	HALDOL DECANOATE 100.....	105
GLEEVEC.....	86	HALDOL DECANOATE 50.....	106
GLEOSTINE.....	77	halobetasol propionate.....	196
glimpiride.....	134	haloette.....	229
glipizide.....	134	haloperidol.....	106
glipizide er.....	134	haloperidol decanoate.....	106
glipizide xl.....	134	haloperidol decanoate 100... ..	106
glipizide-metformin.....	135	haloperidol lactate.....	106
GLUCAGEN.....	140	HAVRIX.....	257
glucagon emergency kit.....	140	heather.....	237
glucose 5%-0.9% nacl.....	201	HEMADY.....	220
glucose in water.....	205	heparin sodium.....	149
GLUCOTROL XL.....	135	HEPLISAV-B.....	257
glyburide.....	135	HETLIOZ.....	285
glyburide micronized.....	135	HIBERIX.....	257
glyburide-metformin hcl.....	135	hidex.....	220
glycopyrrolate.....	208	HUMALOG.....	142
GLYXAMBI.....	136	HUMALOG JUNIOR.....	142
GOLYTELY.....	208	KWIKPEN.....	142
GOMEKLI.....	86		
granisetron hcl.....	68		
GRANIX.....	151		
griseofulvin.....	70		
griseofulvin ultramicrosize.....	70		
guanfacine hcl.....	154		
guanfacine hcl er.....	186		
GVOKE.....	140		

HUMALOG KWIKPEN U-100	142
HUMALOG KWIKPEN U-200	142
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	142
HUMALOG MIX 75-25	142
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	142
HUMALOG TEMPO PEN U-100	142
HUMATIN	30
HUMIRA	252
HUMIRA PEN	252
HUMIRA(CF)	253
HUMIRA(CF) PEN	253
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	253
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	253
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	253
HUMULIN 70-30	142
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	142
HUMULIN N	142
HUMULIN N KWIKPEN	143
HUMULIN R	143
HUMULIN R U-500	143
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	143
hydralazine hcl	182
HYDREA	80
hydrochlorothiazide	177
hydrocodone bitartrate er	22
hydrocodone-acetaminophen	24
hydrocodone-ibuprofen	24
hydrocortisone	196,220,263
hydrocortisone butyrate	196
hydrocortisone valerate	197
hydrocortisone-acetic acid	273

hydromorphone hcl	24,25
hydroxychloroquine sulfate	101
hydroxyurea	80
hydroxyzine hcl	132
hydroxyzine pamoate	132
HYZAAR	172

I	
ibandronate sodium	264
IBRANCE	87
ibu	19
ibuprofen	20
icatibant	246
iclevia	229
ICLUSIG	87
icosapent ethyl	180
IDHIFA	87
ILEVRO	269
imatinib mesylate	87
IMBRUVICA	87
imipenem-cilastatin sodium	39
imipramine hcl	66
imiquimod	198
IMITREX	73,74
IMKELDI	88
IMOVAX RABIES VACCINE	257
IMPAVIDO	32
IMURAN	253
INBRIJA	104
incassia	237
INCRELEX	222
INCRUSE ELLIPTA	276
indapamide	177
INDERAL LA	162
INDERAL XL	162
indomethacin	20
indomethacin er	20
INFANRIX DTAP	257
INLYTA	88
INNOPRAN XL	162

INQOVI.....	80	ITOVEBI.....	88
INREBIC.....	88	itraconazole.....	70
INSPIRA.....	181	ivabradine hcl.....	172
INSULIN PEN NEEDLE.....	143	ivermectin.....	100,199
insulin syringe.....	143	IWILFIN.....	80
INSULIN SYRINGE (DISP)		IXCHIQ.....	258
U-100 0.3 ML.....	143	IXIARO.....	258
INSULIN SYRINGE (DISP)		J	
U-100 1 ML.....	143	JADENU.....	204
INSULIN SYRINGE (DISP)		JADENU SPRINKLE.....	204
U-100 1/2 ML.....	143	jaimiess.....	229
INTELENCE.....	120	JAKAFI.....	88
INTRALIPID.....	205	jantoven.....	149
introvale.....	229	JANUMET.....	136
INVANZ.....	39	JANUMET XR.....	136
INVEGA.....	109	JANUVIA.....	136
INVEGA HAFYERA.....	109	JARDIANCE.....	136
INVEGA SUSTENNA.....	110	jasmiel.....	229
INVEGA TRINZA.....	110	JAYPIRCA.....	88
INVELTYS.....	269	jencycla.....	237
IPOL.....	257	JENTADUETO.....	136
ipratropium bromide.....	276	JENTADUETO XR.....	136,137
ipratropium-albuterol.....	283	jinteli.....	229
irbesartan.....	157	jolessa.....	230
irbesartan-		juleber.....	230
hydrochlorothiazide.....	172	JULUCA.....	119
IRESSA.....	88	junel.....	230
ISENTRESS.....	119	junel fe.....	230
ISENTRESS HD.....	119	junel fe 24.....	230
isibloom.....	229	JUXTAPID.....	180
isoniazid.....	76	JYNNEOS.....	258
ISOPROPYL ALCOHOL 0.7		JYNNEOS (NATIONAL	
ML/ML MEDICATED		STOCKPILE).....	258
PAD.....	136	K	
ISORDIL TITRADOSE.....	182	kaitlib fe.....	230
isosorbide dinitrate.....	182	KALETRA.....	125
isosorbide mononitrate.....	182	kalliga.....	230
isosorbide mononitrate er.....	182	KALYDECO.....	278
isotretinoin.....	192	KANJINTI.....	99
isradipine.....	164		
ISTALOL.....	270		

kariva	230	lamotrigine	46
kcl-d5w-0.2% nacl	201	lamotrigine (blue)	46
kcl-d5w-0.225% nacl	201	lamotrigine er	46
kcl-d5w-0.45% nacl	201	LANOXIN	172
kelnor 1-35	230	lansoprazole	211
kelnor 1-50	230	LANTUS	143
KEPPRA	45	LANTUS SOLOSTAR	143
KERENDIA	181	lapatinib	89
KESIMPTA PEN	190	larin	230
ketoconazole	70	larin 24 fe	230
ketorolac tromethamine	20,270	larin fe	230
KINRIX	258	LASIX	176
kionex	205	latanoprost	272
KISQALI	88,89	LATUDA	110
KISQALI FEMARA CO- PACK	80	LAYOLIS FE	230
KLARON	192	LAZCLUZE	89
klayesta	70	leena	231
KLOR-CON 10	201	leflunomide	253
KLOR-CON 8	201	lenalidomide	78
klor-con m10	201	lentocilin s	37
KLOR-CON M15	202	LENVIMA	89
klor-con m20	202	lessina	231
KLOXXADO	28	LETAIRIS	280
KORLYM	243	letrozole	82
KOSELUGO	89	leucovorin calcium	80
kourzeq	190	LEUKERAN	77
KRAZATI	89	LEUKINE	151
kurvelo	230	leuprolide acetate	243
KUVAN	213	leuprolide depot	243
L		levetiracetam	46
l-glutamine	214	levetiracetam er	46
labetalol hcl	162	LEVO-T	239
lacosamide	53	levobunolol hcl	270
lactulose	206	levocarnitine	214
LAMICTAL	46	levocarnitine sf	214
LAMICTAL (BLUE)	45	levocetirizine dihydrochloride	275
lamivudine	122,127	levofloxacin	41
lamivudine hbv	127	levofloxacin-d5w	42
lamivudine-zidovudine	122	levonest	231

levonorg-eth estrad eth		LOESTRIN FE.....	231
estrad.....	231	lojaimiess.....	231
levonorgestrel-eth estradiol.....	231	LONSURF.....	80
levora-28.....	231	loperamide.....	207
levorphanol tartrate.....	22	LOPID.....	177
levothyroxine sodium.....	240	lopinavir-ritonavir.....	125
LEVOXYL.....	240	LOPRESSOR.....	162
LEXAPRO.....	62	LOPROX.....	70
LEXIVA.....	125	lorazepam.....	132
LIALDA.....	261	lorazepam intensol.....	132
LIBERVANT.....	48	LORBRENA.....	90
lidocaine.....	26	loryna.....	231
lidocaine hcl.....	26	losartan potassium.....	157
lidocaine hcl laryngotracheal		losartan-	
4% solution.....	26	hydrochlorothiazide.....	173
lidocaine hcl viscous.....	26	LOTENSIN.....	158
lidocaine-prilocaine.....	27	LOTRONEX.....	207
lidocan iii.....	27	lovastatin.....	178
lidocan iv.....	27	LOVENOX.....	149
lidocan v.....	27	low-ogestrel.....	231
LIDODERM.....	27	loxapine.....	106
LILETTA.....	218	lubiprostone.....	207
linezolid.....	32	LUMAKRAS.....	90
linezolid-0.9% nacl.....	32	LUMIGAN.....	272
linezolid-d5w.....	32	LUMRYZ.....	285
LINZESS.....	206	LUMRYZ STARTER	
liothyronine sodium.....	240	PACK.....	286
LIPITOR.....	178	LUPRON DEPOT.....	244
lisdexamfetamine		LUPRON DEPOT	
dimesylate.....	185	(LUPANETA).....	243
lisinopril.....	158	LUPRON DEPOT-PED.....	244
lisinopril-		lurasidone hcl.....	111
hydrochlorothiazide.....	173	lutura.....	231
lithium carbonate.....	132	LYBALVI.....	111
lithium carbonate er.....	132	lyleq.....	237
lithium citrate.....	133	lyllana.....	225
LITHOBID.....	133	LYNPARZA.....	90
LIVTENCITY.....	127	LYRICA.....	49
lo-zumandimine.....	231	LYSODREN.....	80
LOCOID LIPOCREAM.....	197	LYTGOBI.....	90
LOESTRIN.....	231	LYUMJEV.....	143

LYUMJEV KWIKPEN U-100	144
LYUMJEV KWIKPEN U-200	144
LYUMJEV TEMPO PEN U-100	144
lyza	237

M

M-M-R II VACCINE	258
magnesium sulfate	202
MALARONE	101
malathion	199
maraviroc	123
marlissa	232
MARPLAN	59
MATULANE	77
matzim la	166
MAVYRET	128
MAXALT	74
MAXALT MLT	74
MAXITROL	266
meclizine hcl	67
MEDROL	220
medroxyprogesterone acetate	237
mefloquine hcl	101
megestrol acetate	237
MEKINIST	90
MEKTOVI	91
meloxicam	20
memantine hcl	57
memantine hcl er	57
MENACTRA	258
MENEST	225
MENQUADFI	258
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	258
mercaptapurine	79
meropenem	39
meropenem-0.9% nacl	39

merzee	232
mesalamine	261,262
mesalamine dr	262
mesalamine er	262
mesna	100
MESNEX	100
MESTINON	75
metformin hcl	137
metformin hcl er	137
methadone hcl	22
methazolamide	173
methenamine hippurate	32
methimazole	245
methocarbamol	284
methotrexate	253
methotrexate sodium	254
methoxsalen	198
methscopolamine bromide	208
methsuximide	47
methylphenidate er	186
methylphenidate hcl	186
methylprednisolone	220
methyltestosterone	222
metoclopramide hcl	208
metolazone	177
metoprolol succinate	162
metoprolol tartrate	162
metoprolol-hydrochlorothiazide	173
METRO IV	33
METROCREAM	199
METROGEL	200
METROLOTION	200
metronidazole	33,200
metyrosine	173
mexiletine hcl	160
miconazole	70
miconazole-0.9% nacl	70
MICARDIS	157
MICARDIS HCT	173
microgestin	232

microgestin 24 fe.....	232
microgestin fe.....	232
midodrine hcl.....	154
mifepristone.....	244
miglustat.....	214
MIGRANAL.....	72
mili.....	232
mimvey.....	232
minocycline hcl.....	43
minoxidil.....	182
mirtazapine.....	58
misoprostol.....	210
modafinil.....	286
moexipril hcl.....	158
molindone hcl.....	106
mometasone furoate.....	197,274
mondoxylene nl.....	43
mono-lynyah.....	232
montelukast sodium.....	275
morphine sulfate.....	25
morphine sulfate er.....	22
MOUNJARO.....	137
MOVANTIK.....	207
MOVIPREP.....	209
moxifloxacin.....	42,267
moxifloxacin hcl.....	42
MRESVIA.....	258
MULTAQ.....	160
mupirocin.....	200
MVASI.....	99
MYALEPT.....	209
MYCOBUTIN.....	75
mycophenolate mofetil.....	254
mycophenolic acid.....	254
MYFORTIC.....	254
MYHIBBIN.....	254
myorisan.....	192
MYRBETRIQ.....	216
MYSOLINE.....	49

N

nabumetone.....	20
nadolol.....	163
nafcillin.....	38
nafcillin sodium.....	38
naloxone hcl.....	28
naltrexone hcl.....	28
NAMENDA.....	57
nano 2nd gen pen needle.....	144
nano pen needle.....	144
naproxen.....	20,21
naproxen sodium.....	21
naratriptan hcl.....	74
NARCAN.....	29
NARDIL.....	59
NATACYN.....	267
nateglinide.....	137
NAYZILAM.....	49
nebivolol hcl.....	163
NEBUPENT.....	101
necon.....	232
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY.....	144
nefazodone hcl.....	62
neo-polycin.....	267
neo-polycin hc.....	266
neomycin sulfate.....	30
neomycin-bacitracin-poly- hc.....	266
neomycin-bacitracin- polymyxin.....	267
neomycin-polymyxin- dexameth.....	266
neomycin-polymyxin- gramicidin.....	267
neomycin-polymyxin-hc.....	273
neomycin-polymyxin- hydrocort.....	273
NEORAL.....	254
NERLYNX.....	91

neuac.....	193	norethindrone-e.estradiol-	
NEUPRO.....	103	iron.....	233
NEURONTIN.....	49,50	norgestimate-ethinyl	
nevirapine.....	120	estradiol.....	233
nevirapine er.....	120	NORPRAMIN.....	66
NEXAVAR.....	91	NORTHERA.....	154
NEXIUM.....	211	nortrel.....	233
NEXPLANON.....	218	nortriptyline hcl.....	66
niacin er.....	180	NORVASC.....	164
nicardipine hcl.....	164	NORVIR.....	125
NICOTROL.....	29	NOVOLIN 70-30.....	144
NICOTROL NS.....	29	NOVOLIN 70-30	
nifedipine.....	164	FLEXPEN.....	144
nifedipine er.....	164	NOVOLIN N.....	144
nikki.....	232	NOVOLIN N FLEXPEN.....	144
NILANDRON.....	77	NOVOLIN R.....	145
nilutamide.....	78	NOVOLIN R FLEXPEN.....	144
nimodipine.....	164	NOVOLOG.....	145
NINLARO.....	91	NOVOLOG FLEXPEN.....	145
NIPENT.....	81	NOVOLOG MIX 70-30.....	145
nisoldipine.....	164	NOVOLOG MIX 70-30	
nitazoxanide.....	101	FLEXPEN.....	145
nitisinone.....	214	NOVOLOG PENFILL.....	145
NITRO-BID.....	182	NOXAFIL.....	71
nitrofurantoin.....	33	NUBEQA.....	78
nitrofurantoin mono-macro.....	33	NUEDEXTA.....	188
nitroglycerin.....	182	NUPLAZID.....	111
nitroglycerin patch.....	183	NURTEC ODT.....	73
NITROLINGUAL.....	183	NUTRILIPID.....	205
NITROSTAT.....	183	NUVARING.....	233
NIVESTYM.....	152	NUVIGIL.....	286
nizatidine.....	210	NUZYRA.....	43
nora-be.....	238	nyamyc.....	71
norelgestromin-eth estradiol.....	232	nylia.....	233
norethin-eth estra-ferrous		nymyo.....	233
fum.....	232	nystatin.....	71
norethindron-ethinyl		nystatin-triamcinolone.....	198
estradiol.....	232	nystop.....	71
norethindrone.....	238		
norethindrone ac (lupaneta).....	238	O	
norethindrone acetate.....	238	OCALIVA.....	209

ocella	233	ondansetron odt	68
octreotide acetate	244	ONFI	50
octreotide acetate er	244	ONTRUZANT	99
OCUFLOX	268	ONUREG	81
ODEFSEY	122	OPIPZA	111,112
ODOMZO	91	OPSUMIT	280
OFEV	281	OPVEE	29
ofloxacin	42,268,273	ORACEA	193
OGSIVEO	91	ORALAIR	283
OJEMDA	91	oralone	191
OJJAARA	91	ORENCIA	249
olanzapine	111	ORENCIA CLICKJECT	249
olanzapine odt	111	ORFADIN	214
olmesartan medoxomil	157	ORGOVYX	81
olmesartan-amlodipine-hctz	173	ORKAMBI	278
olmesartan- hydrochlorothiazide	173	ORSERDU	79
olopatadine hcl	275	oseltamivir phosphate	128
omega-3 acid ethyl esters	180	OTEZLA	198
omeprazole	211	OVIDE	199
omnipod 5 (g6/libre 2 plus)	145	oxaprozin	21
omnipod 5 dexg7g6 intro(gen 5)	145	oxazepam	132
omnipod 5 dexg7g6 pods (gen 5)	145	oxcarbazepine	53
omnipod 5 g6-g7 intro kt(gen5)	146	oxybutynin chloride	216,217
omnipod 5 g6-g7 pods (gen 5)	146	oxybutynin chloride er	217
omnipod 5 intro(g6/libre2plus)	146	oxycodone hcl	25
omnipod classic pods (gen 3)	146	oxycodone-acetaminophen	25
omnipod dash intro kit (gen 4)	146	OZEMPIC	137
omnipod dash pdm kit (gen 4)	146	P	
omnipod dash pods (gen 4)	146	PACERONE	160
omnipod go pods	146	paliperidone er	112
OMNITROPE	222	PALYNZIQ	214
ondansetron hcl	68	PANRETIN	99
		pantoprazole sodium	212
		paricalcitol	264
		PARNATE	59
		paroxetine cr	62
		paroxetine er	62,63
		paroxetine hcl	63
		PAXIL	63
		PAXLOVID	130

pazopanib hcl.....	92	pioglitazone hcl.....	138
PEDIARIX.....	258	pioglitazone-glimepiride.....	138
PEDVAXHIB.....	258	pioglitazone-metformin.....	138
peg 3350-electrolyte.....	209	piperacillin-tazobactam.....	38
peg-3350 and electrolytes.....	209	PIQRAY.....	92
peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb- c.....	209	pirfenidone.....	281
PEGASYS.....	250	piroxicam.....	21
PEMAZYRE.....	92	PLAQUENIL.....	102
pen needle.....	146	PLAVIX.....	154
PENBRAYA.....	258	PLEGRIDY.....	190
penicillamine.....	219	PLEGRIDY PEN.....	190
penicillin g potassium.....	38	podofilox.....	199
penicillin g sodium.....	38	polycin.....	268
penicillin gk-iso-osm dextrose.....	38	polymyxin b sul- trimethoprim.....	268
penicillin v potassium.....	38	POMALYST.....	78
PENTACEL.....	259	portia.....	233
PENTAM 300.....	101	posaconazole.....	71
pentamidine isethionate.....	101	potassium chloride.....	202
PENTASA.....	262	potassium chloride in d5lr.....	202
pentoxifylline.....	174	potassium chloride proamp.....	202
perindopril erbumine.....	158	potassium chloride-0.45% nacl.....	203
periogard.....	191	potassium chloride-dextrose 5%.....	203
permethrin.....	199	potassium citrate er.....	203
perphenazine.....	67	pramipexole dihydrochloride.....	103
PERSERIS.....	112	prasugrel hcl.....	154
pfizerpen.....	38	pravastatin sodium.....	178,179
phenelzine sulfate.....	59	praziquantel.....	100
phenobarbital.....	50	prazosin hcl.....	155
phenoxybenzamine hcl.....	155	PRED FORTE.....	270
PHENYTEK.....	53	PRED MILD.....	270
phenytoin.....	53	prednisolone.....	220
phenytoin sodium extended.....	54	prednisolone acetate.....	270
philith.....	233	prednisolone sodium phosphate.....	221,270
PIFELTRO.....	120	prednisone.....	221
pilocarpine hcl.....	191,272	pregabalin.....	50
pimecrolimus.....	197	PRÉGNYL.....	222
pimozide.....	106		
pimtrea.....	233		
pindolol.....	163		

PREHEVBRIO.....	259	protriptyline hcl.....	66
PREMARIN.....	225	PROVERA.....	238
PREMPHASE.....	234	PROZAC.....	63
PREMPRO.....	234	PRUDOXIN.....	197
PREVACID.....	212	PULMOZYME.....	279
prevalite.....	180	PURIXAN.....	79
PREVYMIS.....	127	PYLERA.....	209
PREZCOBIX.....	125	pyrazinamide.....	76
PREZISTA.....	126	pyridostigmine bromide.....	75
PRIFTIN.....	76	pyridostigmine bromide er.....	75
primaquine.....	102	pyrimethamine.....	102
primidone.....	51	Q	
PRIORIX.....	259	QINLOCK.....	92
PRISTIQ.....	63	QUADRACEL DTAP-IPV.....	259
PROAIR RESPICLICK.....	277	quetiapine fumarate.....	112
probenecid.....	72	quetiapine fumarate er.....	112
probenecid-colchicine.....	72	quinapril hcl.....	158
PROCARDIA XL.....	164	quinapril-	
prochlorperazine.....	67	hydrochlorothiazide.....	174
prochlorperazine maleate.....	67	quinidine gluconate.....	160
PROCRIT.....	152	quinidine sulfate.....	160
procto-med hc.....	263	quinine sulfate.....	102
proctosol-hc.....	263	QVAR REDIHALER.....	274
proctozone-hc.....	263	R	
progesterone.....	238	RABAVERT.....	259
PROGLYCEM.....	141	rabeprazole sodium.....	212
PROGRAF.....	254	RALDESY.....	64
PROLASTIN C.....	214	raloxifene hcl.....	238
PROLENSA.....	270	ramelteon.....	285
PROLIA.....	264	ramipril.....	159
PROMACTA.....	152	ranolazine er.....	174
promethazine hcl.....	67	RAPAFLO.....	218
promethegan.....	68	RAPAMUNE.....	254
propafenone hcl.....	160	rasagiline mesylate.....	105
propafenone hcl er.....	160	reclipsen.....	234
propranolol hcl.....	163	RECOMBIVAX HB.....	259
propranolol hcl er.....	163	RECTIV.....	183
propylthiouracil.....	246	REGLAN.....	209
PROQUAD.....	259	REGANEX.....	199
PROSCAR.....	218		
PROTONIX.....	212		

RELENZA.....	128	rizatriptan.....	74
RELISTOR.....	207	ROCALTROL.....	264
REMERON.....	58	ROCKLATAN.....	272
RENFLEXIS.....	255	roflumilast.....	279
repaglinide.....	138	ROMVIMZA.....	93
REPATHA.....		ropinirole er.....	103
PUSHTRONEX.....	180	ropinirole hcl.....	104
REPATHA SURECLICK.....	180	rosadan.....	200
REPATHA SYRINGE.....	181	rosuvastatin calcium.....	179
RESTASIS.....	266	ROTARIX.....	259
RESTASIS MULTIDOSE.....	266	ROTATEQ.....	259
RETACRIT.....	152	ROWASA.....	262
RETEVMO.....	92	roweepra.....	46
RETIN-A.....	193	ROXICODONE.....	26
RETROVIR.....	122	ROZEREM.....	285
REVCIVI.....	214	ROZLYTREK.....	93
REVUFORJ.....	92,93	RUBRACA.....	93
REXULTI.....	113	rufinamide.....	54
REYATAZ.....	126	RUKOBIA.....	124
REZLIDHIA.....	93	RUXIENCE.....	99
REZUROCK.....	255	RYBELSUS.....	138
RHOPRESSA.....	272	RYDAPT.....	93
RIABNI.....	99	RYTARY.....	104
ribavirin.....	128	S	
RIDAURA.....	249	SABRIL.....	51
rifabutin.....	76	sajazir.....	246
rifampin.....	76	SALAGEN.....	191
riluzole.....	188	SAMSCA.....	204
RINVOQ.....	249	SANDIMMUNE.....	255
RINVOQ LQ.....	249	SANDOSTATIN LAR	
risedronate sodium.....	264	DEPOT.....	244
risedronate sodium dr.....	264	SANTYL.....	199
RISPERDAL.....	113	SAPHRIS.....	114
RISPERDAL CONSTA.....	113	sapropterin dihydrochloride.....	215
risperidone.....	113	saxagliptin hcl.....	138
risperidone er.....	114	saxagliptin-metformin er.....	138
risperidone odt.....	114	SCSEMBLIX.....	93,94
RITALIN.....	186	scopolamine.....	68
ritonavir.....	126	SECUADO.....	114
rivaroxaban.....	149	selegiline hcl.....	105
rivastigmine.....	56		

selenium sulfide	197	sodium polystyrene	
SELZENTRY	124	sulfonate	205
SENSIPAR	265	solifenacin succinate	217
SEREVENT DISKUS	277	SOLQUA 100-33	139
SEROQUEL	114	SOLTAMOX	79
SEROQUEL XR	114,115	SOMATULINE DEPOT	245
sertraline hcl	64	SOMAVERT	245
setlakin	234	SOOLANTRA	199
SFROWASA	262	sorafenib	94
sharobel	238	sorine	160
SHINGRIX	259	sotalol	160
SIGNIFOR	245	sotalol af	161
SIGNIFOR LAR	245	SPIRIVA HANDIHALER	276
sildenafil citrate	280	SPIRIVA RESPIMAT	276
SILENOR	285	spironolactone	182
silodosin	218	spironolactone-hctz	174
SILVADENE	199	SPORANOX	71
silver sulfadiazine	199	sprintec	234
SIMBRINZA	272	SPRITAM	46
SIMLANDI(CF)	255	SPRYCEL	94
SIMLANDI(CF)		SPS	206
AUTOINJECTOR	255	sronyx	234
simliya	234	SSD	199
simpesse	234	STAMARIL	259
simvastatin	179	STELARA	249
SINEMET	105	sterile pads	139
SINEMET 10-100	104	STIOLTO RESPIMAT	283
SINEMET 25-100	105	STIVARGA	94
SINGULAIR	276	STRATTERA	187
sirolimus	255	STRENSIQ	215
SIRTURO	76	streptomycin sulfate	30
SIVEXTRO	33	STRIBILD	119
SKYLA	219	STROMECTOL	100
SKYRIZI	249	SUBLOCADE	28
SKYRIZI ON-BODY	249	SUBOXONE	28
SKYRIZI PEN	249	subvenite	47
sod sulf-potass sulf-mag sulf	209	subvenite (blue)	47
sodium chloride	203	sucrafate	211
sodium chloride-water	203	SULAR	165
sodium oxybate	286	sulfacetamide sodium	193,268
sodium phenylbutyrate	215	sulfacetamide-prednisolone	266

sulfadiazine.....	42	tarina fe 1-20 eq.....	234
sulfamethoxazole- trimethoprim.....	42	TASIGNA.....	95
sulfasalazine.....	262	tasimelton.....	285
sulfasalazine dr.....	262	TASMAR.....	103
sulindac.....	21	taysofy.....	234
sumatriptan.....	74	tazarotene.....	193
sumatriptan succinate.....	74,75	tazicef.....	36
sunitinib malate.....	94	TAZORAC.....	193
SUNLENCA.....	124	taztia xt.....	167
SUPREP.....	209	TAZVERIK.....	96
SUTAB.....	209	TDVAX.....	259
SUTENT.....	94	TECFIDERA.....	190
syeda.....	234	TEFLARO.....	36
SYMFI.....	120	TEGRETOL.....	54
SYMFI LO.....	120	TEGRETOL XR.....	54
SYMLINPEN 120.....	139	TEKTURNA.....	174
SYMLINPEN 60.....	139	telmisartan.....	157
SYMPAZAN.....	51	telmisartan-amlodipine.....	174
SYMTUZA.....	126	telmisartan- hydrochlorothiazid.....	174
SYNAREL.....	245	temazepam.....	285
SYNJARDY.....	139	tencon.....	17
SYNJARDY XR.....	139	TENIVAC.....	260
SYNTHROID.....	241	tenofovir disoproxil fumarate.....	122
SYPRINE.....	205	TENORETIC 100.....	174
T		TENORETIC 50.....	174
TABLOID.....	79	TENORMIN.....	163
TABRECTA.....	95	TEPMETKO.....	96
tacrolimus.....	197,255	terazosin hcl.....	155
tadalafil.....	218,281	terbinafine hcl.....	71
TAFINLAR.....	95	terbutaline sulfate.....	278
TAGRISO.....	95	terconazole.....	71
TALZENNA.....	95	TERIPARATIDE.....	265
TAMIFLU.....	128	testosterone.....	222,223
tamoxifen citrate.....	79	testosterone cypionate.....	223
tamsulosin hcl.....	218	testosterone enanthate.....	223
taperdex.....	221	tetrabenazine.....	188
TARGRETIN.....	100	tetracycline hcl.....	43
tarina 24 fe.....	234	THALOMID.....	78,79
tarina fe.....	234	THEO-24.....	279

theophylline anhydrous.....	280	TRADJENTA.....	139
theophylline er.....	280	tramadol hcl.....	26
thioridazine hcl.....	107	tramadol hcl er.....	23
thiothixene.....	107	tramadol hcl-acetaminophen.....	26
THYMOGLOBULIN.....	247	trandolapril.....	159
tiadylt er.....	167	trandolapril-verapamil er.....	175
tiagabine hcl.....	51	tranexamic acid.....	153
TIAZAC.....	167	tranylcypromine sulfate.....	59
TIBSOVO.....	96	TRAVASOL.....	205
TICOVAC.....	260	TRAVATAN Z.....	272
tigecycline.....	33	travoprost.....	272
TIKOSYN.....	161	TRAZIMERA.....	99
tilia fe.....	234	trazodone hcl.....	64
timolol maleate.....	163,271	TRECTOR.....	76
TIMOPTIC.....	271	TRELEGY ELLIPTA.....	283
TIMOPTIC OCUDOSE.....	271	TRELSTAR.....	245
tinidazole.....	33	TREMFYA.....	250
tiotropium bromide.....	276	TREMFYA PEN.....	250
TIROSINT.....	241	tretinoin.....	100,193
TIROSINT-SOL.....	242	tri-estarylla.....	235
TIVICAY.....	119	tri-legest fe.....	235
TIVICAY PD.....	119	tri-linyah.....	235
tizanidine hcl.....	118	tri-lo-estarylla.....	235
TOBRADEX.....	266	tri-lo-marzia.....	235
tobramycin.....	268,279	tri-lo-mili.....	235
tobramycin sulfate.....	30	tri-lo-sprintec.....	235
tobramycin-dexamethasone.....	266	tri-mili.....	235
tolcapone.....	103	tri-nymyo.....	235
tolterodine tartrate.....	217	tri-sprintec.....	235
tolterodine tartrate er.....	217	tri-vylibra.....	235
tolvaptan.....	205	tri-vylibra lo.....	235
topiramate.....	47	triamcinolone acetonide.....	191,197
TOPROL XL.....	163	triamterene- hydrochlorothiazid.....	176
toremifene citrate.....	79	TRIBENZOR.....	175
torpenz.....	96	triderm.....	197
torsemide.....	176	trientine hcl.....	205
TOUJEO MAX.....		trifluoperazine hcl.....	107
SOLOSTAR.....	146	trifluridine.....	268
TOUJEO SOLOSTAR.....	146	trihexyphenidyl hcl.....	103
TOVIAZ.....	217	TRIKAFTA.....	279
TRACLEER.....	281		

triklo.....	181
TRILEPTAL.....	54
trimethoprim.....	33
trimipramine maleate.....	66
TRINTELLIX.....	64
TRIUMEQ.....	122
TRIUMEQ PD.....	122
trivora-28.....	235
TROPHAMINE.....	205
tropium chloride.....	217
tropium chloride er.....	217
true comfort safety pen needle.....	147
TRULICITY.....	139
TRUMENBA.....	260
TRUQAP.....	96
TRUVADA.....	123
TUKYSA.....	96
TURALIO.....	96
turqoz.....	235
TWINRIX.....	260
TYBLUME.....	235
TYBOST.....	124
tydemy.....	235
TYGACIL.....	33
TYKERB.....	96
TYMLOS.....	265
TYPHIM VI.....	260

U

UBRELVY.....	73
UDENYCA.....	153
UDENYCA AUTOINJECTOR.....	153
UDENYCA ONBODY.....	153
ultiguard safepack-pen needle.....	286
ultra-fine insulin syringe.....	147
ultra-fine pen needle.....	147
UNITHROID.....	243
ursodiol.....	210

UZEDY.....	115
------------	-----

V

VAGIFEM.....	225
valacyclovir.....	129
VALCHLOR.....	77
VALCYTE.....	127
valganciclovir hcl.....	127
valproic acid.....	47
valsartan.....	157
valsartan- hydrochlorothiazide.....	175
VALTOCO.....	51
VALTREX.....	129
valtya.....	235
vanadom.....	284
vancomycin hcl.....	33,34
VANFLYTA.....	96
VAQTA.....	260
varenicline tartrate.....	29
VARIVAX VACCINE.....	260
VASCEPA.....	181
VASERETIC.....	175
VASOTEC.....	159
VAXCHORA VACCINE.....	260
velivet.....	235
VELTASSA.....	206
VENCLEXTA.....	97
VENCLEXTA STARTING PACK.....	97
venlafaxine besylate er.....	64
venlafaxine hcl.....	64
venlafaxine hcl er.....	64
VENTAVIS.....	281
VENTOLIN HFA.....	278
VEOZAH.....	188
verapamil er.....	167
verapamil er pm.....	167
verapamil hcl.....	167
verapamil sr.....	168
VERELAN.....	168

VERELAN PM	168
VERQUVO	183
VERSACLOZ	118
VERZENIO	97
vestura	235
VFEND IV	72
VIBERZI	207
vienva	236
vigabatrin	51
vigadrone	51
VIGAFYDE	51
VIGAMOX	268
vigpoder	51
VIIBRYD	65
vilazodone hcl	65
VIMKUNYA	260
VIMPAT	54
viorele	236
VIRACEPT	126
VIREAD	123
VITRAKVI	97
VIVITROL	28
VIVOTIF	260
VIZIMPRO	97
volnea	236
VONJO	97
VORANIGO	98
voriconazole	72
VOTRIENT	98
VOWST	210
VPRIV	215
VRAYLAR	115
VUMERITY	190
vyfemla	236
vylibra	236
VYNDAMAX	215
VYNDAQEL	215
VYTORIN	181
VYVANSE	185

W

warfarin sodium	149
WELIREG	215
WELLBUTRIN SR	58
WELLBUTRIN XL	59
wera	236
wixela inhub	283
wymzya fe	236

X

XALKORI	98
xarah fe	236
XARELTO	150
XATMEP	255
XCOPRI	55
XDEMVY	266
XENAZINE	188
XERMELO	208
XGEVA	265
XHANCE	275
XIFAXAN	210
XIGDUO XR	139,140
XOFLUZA	129
XOLAIR	250
XOPENEX HFA	278
XOSPATA	98
XPOVIO	81
XTANDI	78
xulane	236

Y

yargesa	215
YASMIN 28	236
YAZ	236
YF-VAX	260
YONSA	78
yuvafem	225

Z

zafemy	236
--------	-----

zafirlukast.....	276	ZURZUVAE.....	59
zaleplon.....	285	ZYDELIG.....	98
ZARONTIN.....	47	ZYKADIA.....	98
ZEBUTAL.....	17	ZYPREXA.....	116
ZEJULA.....	98	ZYPREXA RELPREVV.....	116
ZELBORAF.....	98	ZYPREXA ZYDIS.....	116
zenatane.....	193	ZYVOX.....	34
ZENPEP.....	215		
zenzedi.....	185		
ZEPATIER.....	128		
ZESTORETIC.....	175		
ZESTRIL.....	159		
ZETIA.....	181		
ZIAC.....	175		
ZIAGEN.....	123		
zidovudine.....	123		
ZIEXTENZO.....	153		
ziprasidone hcl.....	115,116		
ziprasidone mesylate.....	116		
ZIRABEV.....	99		
ZITHROMAX.....	41		
ZITHROMAX TRI-PAK.....	41		
ZOCOR.....	179		
ZOKINVY.....	216		
ZOLINZA.....	81		
zolmitriptan odt.....	75		
ZOLOFT.....	65		
zolpidem tartrate.....	285		
zolpidem tartrate er.....	285		
ZONALON.....	197		
ZONEGRAN.....	55		
ZONISADE.....	55		
zonisamide.....	55		
ZONTIVITY.....	150		
ZORTRESS.....	255		
ZOSYN.....	39		
zovia 1-35.....	236		
ZOVIRAX.....	129		
ZTALMY.....	52		
ZTLIDO.....	27		
zumandimine.....	236		

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 pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-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 888-1-2774-426. 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 01/05/2025.

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.