

Hamaspik Medicare Select (HMO DSNP)
y
Hamaspik Medicare Choice (HMO DSNP)
Formulario para 2024
(Lista de medicamentos cubiertos)

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

HPMS Approved Formulary File Submission ID 24401, Version Number 18

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

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

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

Nota:

Esta información también está disponible en formatos alternativos, como letra grande y Braille. Llame a Servicios para Miembros a los números anteriores para obtener más información.

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

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

Nota para los miembros actuales:

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

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

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

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el Formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024 y periódicamente durante el año.

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

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

¿Puede cambiar el Formulario (Lista de medicamentos)?

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

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

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
 - Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?”
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentra en el Formulario; o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o a ambos. O podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, o agregamos autorizaciones previas, restricciones de

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

límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento, debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.

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

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

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

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 10. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría “Cardiovascular Agents” o “Agentes cardiovasculares.” Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la Lista que empieza en la página 10. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 125. El Índice proporciona una Lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la Lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 10. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado en documentos>] para explicar nuestra restricción de autorización previa, nuestra restricción de tratamiento escalonado, nuestras restricciones de autorización previa y de tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una Lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al

Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?” al final de esta página, para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos de venta libre?

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

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

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

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

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

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

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

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

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

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

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

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

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

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

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

Para obtener más información

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

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

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

Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice

El Formulario proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la Lista, consulte el Índice que comienza en la página 125.

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

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

CLAVES DEL FORMULARIO PARA ABREVIATURAS

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

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

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Analgesics		
<i>butalbital-acetaminophen -acetaminophn 50-325</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>butalbital-acetaminophen-caffe</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</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ZEBUTAL	1	QL (180 PER 30 DAYS)
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs		
ARTHROTEC 50	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ARTHROTEC 75	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>cataflam</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
CELEBREX 400 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
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	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium 1% gel</i>	1	
<i>diclofenac sodium dr 25 mg tab, ec 25 mg tab</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium dr 50 mg tab, ec 50 mg tab</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium dr 75 mg tab, ec 75 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium er</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ec-naproxen -dr 375 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ec-naproxen -dr 500 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>etodolac 200 mg capsule</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>etodolac 300 mg capsule</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>etodolac 400 mg tablet, 500 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>etodolac er 600 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>etodolac er er 400 mg tablet, er 500 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
FELDENE 10 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
FELDENE 20 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>flurbiprofen 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>ibu 400 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>ibu 600 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>ibu 800 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ibuprofen 100 mg/5 ml susp</i>	1	
<i>ibuprofen 400 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>ibuprofen 600 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>ibuprofen 800 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>indomethacin 25 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>indomethacin 50 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>meloxicam 15 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>meloxicam 7.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>nabumetone 500 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>nabumetone 750 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>naproxen 125 mg/5 ml suspen</i>	1	QL (1800 PER 30 DAYS)
<i>naproxen 250 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>naproxen 375 mg tablet, dr 375 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>naproxen sodium 550 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>oxaprozin</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>piroxicam 10 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>piroxicam 20 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RELAFEN 500 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
RELAFEN 750 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sulindac</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Opioid Analgesics, Long-acting		
BELBUCA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine</i>	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
BUTRANS	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fentanyl</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</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)
<i>tramadol hcl er er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
Opioid Analgesics, Short-acting		
<i>acetaminophen-codeine -#2 tablet, -#3 tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>acetaminophen-codeine -#4 tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>acetaminophen-codeine acetamin-codein 300-30 mg/12.5, acetaminop-codeine 120-12 mg/5</i>	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
<i>butorphanol tartrate 1 mg/ml vial, 2 mg/ml vial, 4 mg/2 ml vial</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml spray</i>	1	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>codeine sulfate</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
DURAMORPH	1	Part D vs Part B
<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)
<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</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 vl</i>	1	PA
<i>hydromorphone hcl 2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>hydromorphone hcl 2 mg/ml carpuct, 2 mg/ml isecure, 2 mg/ml syringe, 2 mg/ml vial, hcl 2 mg/ml amp</i>	1	Part D vs Part B
<i>morphine sulfate 10 mg/5 ml cup, 10 mg/5 ml soln</i>	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate 100 mg/5 ml conc</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate 20 mg/5 ml soln</i>	1	QL (1350 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate 5 mg/10 ml vial, 10 mg/10 ml vial</i>	1	Part D vs Part B
<i>morphine sulfate ir 15 mg tab</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate ir 30 mg tab</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

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

Anesthetics

Local Anesthetics

<i>dermacinrx lidocan</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>glydo</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5% ointment</i>	1	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5% patch</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine hcl 1% 100 mg/10 ml, 1% 20 mg/2 ml, 1% 20 mg/2 ml vl, 1% 200 mg/20 ml, 1% 300 mg/30 ml, 1% 50 mg/5 ml, 1% 50 mg/5 ml vl, 1% 500 mg/50 ml, 1% ampul, 1% vial</i>	1	
<i>lidocaine hcl 2% jel urojet ac, 2% jelly urojet, 4% solution</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine hcl laryngotracheal 4% solution</i>	1	
<i>lidocaine hcl viscous</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lidocan iii</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LIDODERM	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
XYLOCAINE 1% VIAL	1	
XYLOCAINE-MPF -1% 20 MG/2 ML VL, -1% AMPUL, -1% VIAL	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ZTLIDO	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Anti-Addiction/ Substance Abuse Treatment Agents		
Alcohol Deterrents/ Anti-craving		
<i>acamprosate calcium</i>	1	
<i>disulfiram</i>	1	
Opioid Dependence		
<i>buprenorphine hcl 2 mg tablet, 8 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine-naloxone -2-fm, -2-tb</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine-naloxone -4-1mg film, -8-2mg film, -12-3mg film</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine-naloxone -8-2 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>naltrexone hcl</i>	1	
SUBLOCADE	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	1	
Opioid Reversal Agents		
KLOXXADO	1	
<i>naloxone hcl</i>	1	
NARCAN	1	
Smoking Cessation Agents		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NICOTROL	1	
NICOTROL NS	1	
<i>varenicline tartrate</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antibacterials		
Aminoglycosides		
<i>amikacin sulfate</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	
<i>gentamicin sulfate ped 20 mg/2 ml vial, 80 mg/2 ml vial, 800 mg/20 ml vial</i>	1	
HUMATIN	1	
<i>neomycin sulfate</i>	1	
<i>paromomycin sulfate</i>	1	
<i>streptomycin sulfate</i>	1	
<i>tobramycin sulfate</i>	1	
Antibacterials, Other		
AZACTAM	1	
<i>aztreonam</i>	1	
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	1	
CLEOCIN 2% VAGINAL CREAM	1	
CLEOCIN HCL	1	
CLEOCIN PHOSPHATE 9 G/60 ML VIAL, 150 MG/ML VIAL, 300 MG/2 ML VIAL, 600 MG/4 ML VIAL, 900 MG/6 ML VIAL, 900 MG/6ML ADDVAN	1	
CLEOCIN T 1% LOION	1	
<i>clindacin etz</i>	1	
<i>clindacin p</i>	1	
<i>clindamycin (pediatric)</i>	1	
<i>clindamycin hcl</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clindamycin phosphate ph 1% gel, ph 1% solution, 2% vaginal cream, ph 9 g/60 ml vial, ph 300 mg/2 ml vl, ph 600 mg/4 ml vl, ph 900 mg/6 ml vl, phos 1% pledget, phosp 1% lotion, phosphate 1% gel</i>	1	
<i>clindamycin phosphate-d5w</i>	1	
<i>clindamycin-0.9% nacl</i>	1	
<i>colistimethate</i>	1	
CUBICIN	1	
CUBICIN RF	1	
DALVANCE	1	
<i>daptomycin 500 mg vial</i>	1	
FLAGYL 375 CAPSULE	1	
IMPAVIDO	1	
<i>linezolid</i>	1	PA
<i>linezolid-0.9% nacl</i>	1	
<i>linezolid-d5w</i>	1	
<i>methenamine hippurate</i>	1	
METRO IV	1	
<i>metronidazole vaginal 0.75% gl, 250 mg tablet, 375 mg capsule, 500 mg tablet, 500 mg/100 ml</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin b</i>	1	
<i>nitrofurantoin 50 mg cap, 100 mg cap</i>	1	
<i>nitrofurantoin mono-macro</i>	1	
SIVEXTRO 200 MG TABLET	1	PA
SIVEXTRO 200 MG VIAL	1	
<i>tigecycline</i>	1	
<i>trimethoprim</i>	1	
TYGACIL	1	
<i>vancomycin 750 mg/150 ml bag</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>vancomycin hcl 1 gm add-van vial, 1 gm vial, 1 gram/200 ml bag, hcl 1g/200 ml bag, 1.25 gm/250 ml bag, hcl 1.25 gram vial, 1.5 gram/300 ml bag, hcl 1.5 gram vial, 1.75 gm/350 ml bag, 2 gram/400 ml bag, hcl 5 gm vial, hcl 10 gm vial, hcl 100 gm smartpak, 500 mg add-van vial, 500 mg vial, 500 mg/100 ml bag, 750 mg add-van vial, hcl 750 mg vial</i>	1	
<i>vancomycin hcl 125 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>vancomycin hcl 250 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>vancomycin hcl-0.9% nacl vanco 500 mg/100 ml, vanco 750 mg/150 ml, vancomycin 1 g/200ml</i>	1	
<i>vancomycin hcl-d5w 1.25 gram/250ml, 1.5 gram/300 ml, -500 mg/100 ml</i>	1	
VANDAZOLE	1	
ZYVOX 100 MG/5 ML SUSPENSION, 600 MG TABLET	1	PA
ZYVOX 200 MG/100 ML, 600 MG/300 ML	1	
Beta-lactam, Cephalosporins		
<i>cefaclor 250 mg capsule, 500 mg capsule</i>	1	
<i>cefadroxil</i>	1	
<i>cefazolin sodium 1 gm add-van vial, 1 gm vial, 2 gm vial, 10 gm vial, 20 gm bulk vial, sod 100 gm bulk bag, sod 300 gm bulk bag, 500 mg vial</i>	1	
<i>cefazolin sodium-dextrose 1 g/50 ml, 2 g/50 ml</i>	1	
<i>cefdinir</i>	1	
<i>cefepime</i>	1	
<i>cefepime hcl 1 gm vial, 2 gram vial</i>	1	
<i>cefepime-dextrose</i>	1	
<i>cefixime 400 mg capsule</i>	1	
<i>cefoxitin</i>	1	
<i>cefoxitin sodium</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cefepodoxime proxetil</i>	1	
<i>cefprozil</i>	1	
<i>ceftazidime</i>	1	
<i>ceftriaxone</i>	1	
<i>cefuroxime</i>	1	
<i>cefuroxime sodium 1.5 gm vial, 750 mg vial</i>	1	
<i>cephalexin 125 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 750 mg capsule</i>	1	
SUPRAX 400 MG CAPSULE	1	
<i>tazicef</i>	1	
TEFLARO	1	
Beta-lactam, Penicillins		
<i>amoxicillin</i>	1	
<i>amoxicillin-clavulanate pot er</i>	1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass</i>	1	
<i>ampicillin sodium 1 gm add-vantage vl, 1 gm vial, 2 gm add-vantage vl, 2 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm vial, 250 mg vial, 500 mg vial</i>	1	
<i>ampicillin trihydrate 500 mg capsule</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam -sulb 3 gm add vial, -sulbactam 3 gm vial</i>	1	
AUGMENTIN 500-125 TABLET	1	
BICILLIN L-A	1	
<i>dicloxacillin sodium</i>	1	
EXTENCILLINE	1	
<i>lentocilin s</i>	1	
<i>nafcillin</i>	1	
<i>nafcillin sodium</i>	1	
<i>penicillin g potassium</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>penicillin g sodium</i>	1	
<i>penicillin gk-iso-osm dextrose</i>	1	
<i>penicillin v potassium</i>	1	
<i>pfizerpen</i>	1	
<i>piperacillin-tazobactam -tazo 2.25 gm add vial, -tazo 3.375 gm add vial, -tazo 4.5 gm add vial, -tazobact 2.25 gm vial, -tazobact 3.375 gm vial, -tazobact 4.5 gm vial</i>	1	
ZOSYN	1	
Carbapenems		
<i>ertapenem</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin sodium</i>	1	
INVANZ	1	
<i>meropenem</i>	1	
<i>meropenem-0.9% nacl</i>	1	
Macrolides		
<i>azithromycin</i>	1	
<i>clarithromycin</i>	1	
<i>clarithromycin er</i>	1	
DIFICID 200 MG TABLET	1	QL (20 PER 10 OVER TIME)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	1	QL (136 PER 10 OVER TIME)
E.E.S. 200	1	
<i>ery</i>	1	
ERY-TAB	1	
ERYPED 200	1	
ERYPED 400	1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	1	
ERYTHROCIN STEARATE	1	
<i>erythromycin 2% solution, 250 mg tablet, dr 250 mg cap, dr 250 mg tablet, dr 333 mg tablet, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>erythromycin lactobionate</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	1	
Quinolones		
CIPRO	1	
<i>ciprofloxacin</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl 100 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	
<i>ciprofloxacin-d5w</i>	1	
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/20 ml vial, 750 mg tablet, 750 mg/30 ml vial</i>	1	
<i>levofloxacin-d5w</i>	1	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl</i>	1	
<i>ofloxacin 400 mg tablet</i>	1	
Sulfonamides		
BACTRIM	1	
BACTRIM DS	1	
<i>sulfadiazine</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	1	
Tetracyclines		
<i>avidoxy</i>	1	
<i>demeclocycline hcl</i>	1	
<i>doxy 100</i>	1	
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg vl</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

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

Anticonvulsants

Anticonvulsants, Other

BRIVIACT	1	
DEPAKOTE	1	
DEPAKOTE ER	1	
DEPAKOTE SPRINKLE	1	
DIACOMIT	1	
<i>divalproex sodium</i>	1	
<i>divalproex sodium er</i>	1	
EPIDIOLEX	1	PA
EPRONTIA	1	
<i>felbamate</i>	1	
FINTEPLA	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
FYCOMPA	1	
KEPPRA	1	
LAMICTAL	1	
LAMICTAL (BLUE)	1	
<i>lamotrigine</i>	1	
<i>lamotrigine (blue)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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, 500 mg/5 ml vial, 750 mg tablet, 1,000 mg tablet, 1,000mg/10ml cup</i>	1	
<i>levetiracetam er</i>	1	
<i>levetiracetam-nacl</i>	1	
<i>roweepra 500 mg tablet</i>	1	
SPRITAM	1	
<i>subvenite</i>	1	
<i>subvenite (blue)</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>valproate sodium</i>	1	
<i>valproic acid</i>	1	
XCOPRI	1	
Calcium Channel Modifying Agents		
CELONTIN	1	
<i>ethosuximide</i>	1	
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)
<i>methsuximide</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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>pregabalin 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule, 200 mg capsule</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
ZARONTIN 250 MG CAPSULE	1	
Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Augmenting Agents		
<i>clobazam 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 2.5mg gel(2pk), 10 mg gel syrg, 10mg gel (2pk), 20 mg gel syrg, 20mg gel (2pk)</i>	1	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg capsule</i>	1	QL (1080 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup</i>	1	QL (2160 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg capsule</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg capsule</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 600 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 800 mg tablet</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
GABITRIL	1	
LIBERVANT	1	QL (10 PER 30 DAYS)
MYSOLINE	1	
NAYZILAM	1	QL (10 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 100 MG CAPSULE	1	QL (1080 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 250 MG/5 ML SOLN, 250 MG/5 ML SOLUTION	1	QL (2160 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 300 MG CAPSULE	1	QL (360 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 400 MG CAPSULE	1	QL (270 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 600 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 800 MG TABLET	1	QL (135 PER 30 DAYS)
ONFI 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ONFI 2.5 MG/ML SUSPENSION	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>phenobarbital</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>phenobarbital sodium</i>	1	
<i>primidone</i>	1	
SABRIL	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</i>	1	
VALTOCO	1	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>vigabatrin</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>vigadrone</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
VIGAFYDE	1	QL (750 PER 30 DAYS)
<i>vigpoder</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ZTALMY	1	
Sodium Channel Agents		
APTIOM	1	
BANZEL	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</i>	1	
CARBATROL	1	
<i>dilantin dilantin, dilantin 100 mg capsule</i>	1	
DILANTIN-125	1	
<i>epitol</i>	1	
<i>fosphenytoin sodium</i>	1	
<i>lacosamide</i>	1	
<i>oxcarbazepine</i>	1	
PHENYTEK	1	
<i>phenytoin</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended</i>	1	
<i>rufinamide</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TEGRETOL	1	
TEGRETOL XR	1	
TRILEPTAL	1	
VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 200 MG/20 ML VIAL	1	
ZONEGRAN	1	
ZONISADE	1	
<i>zonisamide</i>	1	

Antidementia Agents

Cholinesterase Inhibitors

ADLARITY	1	
ARICEPT 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	
<i>donepezil hcl</i>	1	
<i>donepezil hcl odt</i>	1	
EXELON	1	
<i>galantamine er</i>	1	
<i>galantamine hbr</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide</i>	1	
<i>rivastigmine</i>	1	

N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist

<i>memantine hcl</i>	1	PA
<i>memantine hcl er</i>	1	PA
NAMENDA	1	PA

Antidepressants

Antidepressants, Other

AUVELITY	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl 100 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 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 150mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 200 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion xl hcl 150 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion xl hcl 300 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>mirtazapine 15 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>mirtazapine 7.5 mg tablet, 15 mg odt, 30 mg odt, 30 mg tablet, 45 mg odt, 45 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REMERON 15 MG SOLTAB, 30 MG SOLTAB, 30 MG TABLET, 45 MG SOLTAB	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REMERON 15 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)
SPRAVATO 56 MG DOSE PACK	1	PA, QL (16 PER 28 DAYS)
SPRAVATO 84 MG DOSE PACK	1	PA, QL (24 PER 28 DAYS)
WELLBUTRIN SR 100 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN SR SR 150 MG TABLET, SR 200 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN XL 150 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
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	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
MARPLAN	1	
NARDIL	1	
PARNATE	1	
<i>phenelzine sulfate</i>	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

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</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)
<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</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fluoxetine hcl 10 mg capsule, 10 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule, 20 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5 ml soln cup, 20 mg/5 ml solution</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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</i>	1	
<i>paroxetine cr 12.5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine cr 25 mg tablet, 37.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine er 12.5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine er er 25 mg tablet, er 37.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<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	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PROZAC 10 MG PULVULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
PROZAC 20 MG PULVULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
PROZAC 40 MG PULVULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<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</i>	1	
TRINTELLIX	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine besylate er</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl</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 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
VIIBRYD	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>vilazodone hcl</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</i>	1	
<i>amoxapine</i>	1	
<i>clomipramine hcl</i>	1	
<i>desipramine hcl</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</i>	1	
NORPRAMIN	1	
<i>nortriptyline hcl</i>	1	
<i>protriptyline hcl</i>	1	
<i>trimipramine maleate</i>	1	

Antiemetics

Antiemetics, Other

<i>chlorpromazine hcl</i>	1	PA
<i>compro</i>	1	
<i>meclizine hcl 12.5 mg tablet, 25 mg tablet</i>	1	
<i>perphenazine</i>	1	PA
<i>prochlorperazine</i>	1	
<i>prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml v/l</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>prochlorperazine maleate</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
<i>promethegan 12.5 mg suppos, 25 mg suppository</i>	1	PA
<i>scopolamine</i>	1	PA
Emetogenic Therapy Adjuncts		
<i>aprepitant</i>	1	PA
<i>dronabinol</i>	1	PA
EMEND 80 MG CAPSULE, TRIPACK	1	PA
<i>fosaprepitant dimeglumine</i>	1	
<i>granisetron hcl 1 mg tablet</i>	1	PA
<i>granisetron hcl 1 mg/ml vial, 4 mg/4 ml vial</i>	1	
<i>ondansetron hcl</i>	1	
<i>ondansetron odt odt 4 mg tablet, odt 8 mg tablet</i>	1	
<i>palonosetron hcl</i>	1	
Antifungals		
AMBISOME	1	PA
<i>amphotericin b</i>	1	PA
<i>amphotericin b liposome</i>	1	Part D vs Part B
CANCIDAS	1	
<i>caspofungin acetate</i>	1	
<i>ciclodan 8% solution</i>	1	QL (6.6 PER 30 DAYS)
<i>ciclopirox 0.77% cream, 0.77% gel, 0.77% topical susp, 1% shampoo</i>	1	
<i>ciclopirox 8% solution</i>	1	QL (6.6 PER 30 DAYS)
<i>clotrimazole 1% solution, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CRESEMBA	1	PA
DIFLUCAN	1	
<i>econazole nitrate</i>	1	
<i>fluconazole</i>	1	
<i>fluconazole-nacl -200 mg/100 ml, -400 mg/200 ml</i>	1	
<i>flucytosine</i>	1	
<i>griseofulvin</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</i>	1	
LOPROX 1% SHAMPOO	1	
<i>micafungin</i>	1	
<i>micafungin-0.9% nacl 50 mg/50ml-0.9%nacl</i>	1	
NOXAFIL	1	PA
<i>nyamyc</i>	1	
<i>nystatin</i>	1	
<i>nystop</i>	1	
<i>posaconazole</i>	1	PA
SPORANOX 100 MG CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>terbinafine hcl</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>terconazole</i>	1	
VFEND IV	1	PA
<i>voriconazole</i>	1	PA

Antigout Agents

<i>allopurinol 100 mg tablet, 300 mg tablet</i>	1	
---	---	--

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>allopurinol sodium</i>	1	
ALOPRIM	1	
<i>colchicine 0.6 mg tablet</i>	1	
COLCRYS	1	
<i>probenecid</i>	1	
<i>probenecid-colchicine</i>	1	
ZYLOPRIM	1	

Antimigraine Agents

AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML	1	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML	1	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml spray</i>	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
EMGALITY PEN	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)
<i>ergotamine-caffeine</i>	1	
MIGRANAL	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
NURTEC ODT	1	PA, QL (16 PER 30 DAYS)
UBRELVY	1	PA, QL (16 PER 30 DAYS)

Serotonin (5-HT) Receptor Agonist

IMITREX 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	ST, QL (18 PER 30 DAYS)
IMITREX 4 MG/0.5 ML CARTRIDGES, 4 MG/0.5 ML PEN INJECT	1	ST, QL (6 PER 30 DAYS)
IMITREX 5 MG SPRAY, 20 MG SPRAY	1	ST, QL (12 PER 30 DAYS)
IMITREX 6 MG/0.5 ML CARTRIDGES, 6 MG/0.5 ML PEN INJECT	1	QL (6 PER 30 DAYS)
MAXALT	1	ST, QL (18 PER 30 DAYS)
MAXALT MLT 10 MG TABLET	1	ST, QL (18 PER 30 DAYS)
<i>naratriptan hcl</i>	1	QL (18 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

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

Antimyasthenic Agents

Parasympathomimetics

MESTINON	1	
<i>pyridostigmine bromide 60 mg/5 ml cup, 60 mg/5 ml soln, br 60 mg tablet</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide er</i>	1	

Antimycobacterials

Antimycobacterials, Other

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

Antituberculars

<i>cycloserine</i>	1	
<i>ethambutol hcl</i>	1	
<i>isoniazid</i>	1	
PRIFTIN	1	
<i>pyrazinamide</i>	1	
RIFADIN IV 600 MG VIAL	1	
<i>rifampin</i>	1	
SIRTURO	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TRECTOR	1	
Antineoplastics		
Alkylating Agents		
<i>busulfan</i>	1	
<i>cyclophosphamide 25 mg capsule, 25 mg tablet, 50 mg capsule, 50 mg tablet</i>	1	PA
CYCLOPHOSPHAMIDE CYCLOPHOSPHAMIDE 1 GM VIAL, CYCLOPHOSPHAMIDE 1 GM/5 ML VL, CYCLOPHOSPHAMIDE 2 GM VIAL, CYCLOPHOSPHAMIDE 2 GM/10 ML VL, CYCLOPHOSPHAMIDE 500 MG VIAL, CYCLOPHOSPHAMIDE 500 MG/2.5 ML, CYCLOPHOSPHAMIDE 1 GM/5 ML VL, CYCLOPHOSPHAMIDE 500 MG/2.5 ML	1	
EVOMELA	1	
GLEOSTINE	1	
LEUKERAN	1	
MATULANE	1	PA
<i>melphalan hcl</i>	1	
TEMODAR 100 MG VIAL	1	
VALCHLOR	1	
YONDELIS	1	PA
ZEPZELCA	1	PA
Antiandrogens		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>bicalutamide</i>	1	
CASODEX	1	
ERLEADA 240 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ERLEADA 60 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
EULEXIN	1	
NILANDRON	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nilutamide</i>	1	
NUBEQA	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	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	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
REVLIMID 15 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
REVLIMID 2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
THALOMID 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
THALOMID 50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ZALTRAP	1	PA
Antiestrogens/Modifiers		
EMCYT	1	
FARESTON	1	
FASLODEX	1	PA
<i>fulvestrant</i>	1	PA
ORSERDU 345 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ORSERDU 86 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
SOLTAMOX	1	
<i>tamoxifen citrate</i>	1	
<i>toremifene citrate</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antimetabolites		
<i>fluorouracil 1 gram/20 ml vial, 2.5 gram/50 ml vial, 5 gram/100 ml vial, 500 mg/10 ml vial</i>	1	Part D vs Part B
FOLOTYN	1	PA
HYDREA	1	
<i>hydroxyurea</i>	1	
<i>mercaptopurine 50 mg tablet</i>	1	
PURIXAN	1	
TABLOID	1	
Antineoplastics, Other		
ABRAXANE	1	PA
<i>adriamycin adriamycin 20 mg/10 ml vial, adriamycin 50 mg vial, adriamycin 10 mg vial, adriamycin 10 mg/5 ml vial, adriamycin 50 mg/25 ml vial, adriamycin 200 mg/100 ml vial</i>	1	Part D vs Part B
ALIMTA	1	PA
ARRANON	1	PA
<i>arsenic trioxide</i>	1	
ASPARLAS	1	
<i>azacitidine</i>	1	
<i>bendamustine hcl 25 mg vial, 100 mg vial</i>	1	
BENDEKA	1	
BICNU	1	
<i>bleomycin sulfate</i>	1	Part D vs Part B
BLINCYTO 35MCG VL W-STABILIZER	1	PA
<i>carboplatin 50 mg/5 ml vial, 150 mg/15 ml vial, 450 mg/45 ml vial, 600 mg/60 ml vial</i>	1	
<i>carmustine 100 mg vial</i>	1	
<i>cisplatin 50 mg/50 ml vial, 100 mg/100 ml vial, 200 mg/200 ml vial</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cladribine</i>	1	Part D vs Part B
<i>clofarabine</i>	1	
CLOLAR	1	
COSMEGEN	1	
<i>cytarabine</i>	1	Part D vs Part B
<i>dacarbazine</i>	1	
<i>dactinomycin</i>	1	
<i>daunorubicin hcl 20 mg/4 ml vial, 50 mg/10 ml vial</i>	1	
<i>decitabine</i>	1	
<i>docetaxel</i>	1	
<i>doxorubicin hcl</i>	1	Part D vs Part B
<i>doxorubicin hcl liposome</i>	1	PA
<i>eribulin mesylate</i>	1	PA
<i>fludarabine phosphate</i>	1	
<i>gemcitabine hcl 1 gram/26.3 ml vl, hcl 1 gram vial, 2 gram/52.6 ml vl, hcl 2 gram vial, 200 mg/5.26 ml vl, hcl 200 mg vial</i>	1	
HALAVEN	1	PA
<i>idarubicin hcl</i>	1	
IFEX 3 GM VIAL	1	
<i>ifosfamide</i>	1	
IMLYGIC	1	
INQOVI	1	PA, QL (5 PER 28 DAYS)
ISTODAX	1	PA
IXEMPRA	1	
<i>kemoplaf</i>	1	
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG	1	PA, QL (49 PER 28 DAYS)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG	1	PA, QL (70 PER 28 DAYS)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG	1	PA, QL (91 PER 28 DAYS)
<i>leucovorin calcium</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET	1	PA, QL (100 PER 28 DAYS)
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET	1	PA, QL (80 PER 28 DAYS)
<i>mitomycin</i>	1	
<i>mitoxantrone hcl</i>	1	
MUTAMYCIN	1	
<i>nelarabine</i>	1	PA
NINLARO	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
NIPENT	1	
ONCASPAR	1	
ONUREG	1	PA, QL (14 PER 28 DAYS)
<i>oxaliplatin</i>	1	
<i>paclitaxel</i>	1	
<i>paraplatin</i>	1	
<i>pemetrexed 100 mg vial, 500 mg vial</i>	1	PA
<i>pemetrexed disodium</i>	1	PA
<i>romidepsin romidepsin 10 mg kit, romidepsin 10 mg vial, romidepsin 27.5 mg/5.5 ml vial</i>	1	PA
RYLAZE	1	
SYNRIBO	1	PA
<i>thiotepa</i>	1	
TREANDA	1	
TRISENOX	1	
<i>vinblastine sulfate</i>	1	Part D vs Part B
<i>vincasar pfs</i>	1	Part D vs Part B
<i>vincristine sulfate</i>	1	Part D vs Part B
<i>vinorelbine tartrate</i>	1	
VYXEOS	1	PA
WELIREG	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
XPOVIO 40 MG TWICE, 80 MG ONCE, 100 MG ONCE	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 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
XPOVIO 40 MG, 60 MG	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY DOSE	1	PA, QL (24 PER 28 DAYS)
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY DOSE	1	PA, QL (32 PER 28 DAYS)
ZANOSAR	1	
ZOLINZA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation		
<i>anastrozole</i>	1	
ARIMIDEX	1	
AROMASIN	1	
<i>exemestane</i>	1	
FEMARA	1	
<i>letrozole</i>	1	
Enzyme Inhibitors		
ETOPOPHOS	1	
<i>etoposide 100 mg/5 ml vial, 500 mg/25 ml vial, 1,000 mg/50 ml vial</i>	1	
<i>irinotecan hcl 40 mg/2 ml vial, 100 mg/5 ml vial, 500 mg/25 ml vial</i>	1	
IWILFIN	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
ONIVYDE	1	PA
<i>toposar</i>	1	
<i>topotecan hcl 4 mg vial, 4 mg/4 ml vial</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	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ALECENSA	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 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ALIQOPA	1	PA
ALUNBRIG 30 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ALUNBRIG 90 MG TABLET, 90 MG-180 MG TAB PACK, 180 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUGTYRO 40 MG CAPSULE	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
AYVAKIT	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
BALVERSA 3 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
BALVERSA 4 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
BALVERSA 5 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
BELEODAQ	1	PA
<i>bortezomib</i>	1	PA
BOSULIF 100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
BOSULIF 400 MG TABLET, 500 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
BOSULIF 50 MG CAPSULE	1	PA, QL (330 PER 30 DAYS)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
BRUKINSA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
CABOMETYX	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
CALQUENCE	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	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
COTELLIC	1	PA, QL (63 PER 28 DAYS)
CYRAMZA	1	PA
<i>dasatinib 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dasatinib 50 mg tablet, 70 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg tablet, 140 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAURISMO 100 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
DAURISMO 25 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ERIVEDGE	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	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
FARYDAK	1	PA, QL (6 PER 21 DAYS)
FOTIVDA	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	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>gefitinib</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GILOTRIF	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GLEEVEC 100 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
GLEEVEC 400 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
IBRANCE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
ICLUSIG	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
IDHIFA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE, 420 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	1	PA, QL (324 PER 30 DAYS)
INLYTA 1 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
INLYTA 5 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
INREBIC	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 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
IRESSA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
JAKAFI	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
JAYPIRCA 100 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
JAYPIRCA 50 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
JEVTANA	1	PA
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
KISQALI 400 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (42 PER 28 DAYS)
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	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
KYPROLIS	1	PA
<i>lapatinib</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)
LORBRENA 100 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LORBRENA 25 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LUMAKRAS 120 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
LUMAKRAS 320 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LYNPARZA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
LYTGOBI 12 MG DOSE (3X 4MG TB)	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
LYTGOBI 16 MG DOSE (4X 4MG TB)	1	PA, QL (112 PER 28 DAYS)
LYTGOBI 20 MG DOSE (5X 4MG TB)	1	PA, QL (140 PER 28 DAYS)
MEKINIST 0.05 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (1170 PER 28 DAYS)
MEKINIST 0.5 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MEKINIST 2 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
MEKTOVI	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
NERLYNX	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
NEXAVAR	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ODOMZO	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	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pazopanib hcl</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
PEMAZYRE	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	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RETEVMO 40 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
RETEVMO 40 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RETEVMO 80 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
RETEVMO 80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
REZLIDHIA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ROZLYTREK 50 MG PELLET PACKET	1	PA, QL (336 PER 28 DAYS)
RUBRACA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
RYDAPT	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
SCSEMBLIX 100 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SCSEMBLIX 20 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SCSEMBLIX 40 MG TABLET	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>sorafenib</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	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)
TABRECTA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	1	PA, QL (840 PER 28 DAYS)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAGRISO	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TALZENNA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TARCEVA 100 MG TABLET, 150 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TARCEVA 25 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TASIGNA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAZVERIK	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>temsirolimus</i>	1	
TEPMETKO	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TIBSOVO	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TORISEL	1	
<i>torpenz 2.5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>torpenz 5 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TRUQAP	1	PA, QL (64 PER 28 DAYS)
TUKYSA 150 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 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TUKYSA 50 MG TABLET	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
TURALIO 125 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TYKERB	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
VANFLYTA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VELCADE	1	PA
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	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	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VONJO	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
VORANIGO 10 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VORANIGO 40 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VOTRIENT	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	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZEJULA 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZEJULA 100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ZELBORAF	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
ZYDELIG	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 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Monoclonal Antibody/Antibody-Drug Conjugate		
ADCETRIS	1	PA
ALYMSYS	1	PA
ARZERRA	1	PA
AVASTIN	1	PA
BAVENCIO	1	PA
BESPONSA	1	PA
BLENREP	1	PA
DANYELZA	1	PA
DARZALEX	1	PA
DARZALEX FASPRO	1	PA
EMPLICITI	1	PA
ENHERTU	1	PA
ERBITUX	1	PA
GAZYVA	1	PA
HERCEPTIN 150 MG VIAL	1	PA
HERCEPTIN HYLECTA	1	PA
HERZUMA	1	PA
IMFINZI	1	PA
JEMPERLI	1	PA
KADCYLA	1	PA
KANJINTI	1	PA
KEYTRUDA	1	PA
LIBTAYO	1	PA
LUMOXITI	1	PA
MARGENZA	1	PA
MONJUVI	1	PA
MVASI	1	PA
MYLOTARG	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
OGIVRI	1	PA
ONTRUZANT	1	PA
OPDIVO	1	PA
PADCEV	1	PA
PERJETA	1	PA
PHESGO	1	PA
POLIVY	1	PA
PORTRAZZA	1	PA
POTELIGEO	1	PA
RIABNI	1	PA
RITUXAN	1	PA
RITUXAN HYCELA	1	PA
RUXIENCE	1	PA
RYBREVANT	1	PA
SARCLISA	1	PA
TECENTRIQ	1	PA
TRAZIMERA	1	PA
TRODELVY	1	PA
TRUXIMA	1	PA
UNITUXIN	1	PA
VECTIBIX	1	PA
VEGZELMA	1	PA
YERVOY	1	PA
ZIRABEV	1	PA
ZYNLONTA	1	PA
Retinoids		
<i>bexarotene 1% gel, 75 mg capsule</i>	1	PA
PANRETIN	1	PA
TARGRETIN 1% GEL, 75 MG CAPSULE	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	1	PA
Treatment Adjuncts		
COSELA	1	
<i>dexrazoxane</i>	1	
ELITEK	1	
<i>mesna 1 gram/10 ml vial</i>	1	
MESNEX 400 MG TABLET	1	
Antiparasitics		
Anthelmintics		
<i>albendazole</i>	1	
<i>benznidazole</i>	1	
BILTRICIDE	1	
<i>ivermectin 3 mg tablet</i>	1	PA
<i>praziquantel</i>	1	
STROMEKTOL	1	PA
Antiprotozoals		
<i>atovaquone</i>	1	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	1	
<i>chloroquine phosphate</i>	1	
COARTEM	1	
DARAPRIM	1	PA
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	1	
MALARONE	1	
<i>mefloquine hcl</i>	1	
NEBUPENT	1	PA
<i>nitazoxanide</i>	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PENTAM 300	1	
<i>pentamidine isethionate 300 mg inhal powdr</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>pentamidine isethionate 300 mg inject vial</i>	1	
PLAQUENIL	1	
<i>primaquine</i>	1	
<i>pyrimethamine</i>	1	PA
<i>quinine sulfate</i>	1	PA

Antiparkinson Agents

Antiparkinson Agents, Other

<i>amantadine</i>	1	
<i>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tablet, 2 mg tablet</i>	1	PA
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	1	
COMTAN	1	
<i>entacapone</i>	1	
TASMAR	1	
<i>tolcapone</i>	1	

Dopamine Agonists

APOKYN	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>apomorphine hcl</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bromocriptine mesylate</i>	1	
NEUPRO	1	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	1	
<i>ropinirole er</i>	1	
<i>ropinirole hcl</i>	1	

Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors

<i>carbidopa</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa er</i>	1	
INBRIJA	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
RYTARY	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SINEMET	1	
SINEMET 10-100	1	
SINEMET 25-100	1	
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors		
AZILECT	1	
<i>rasagiline mesylate</i>	1	
<i>selegiline hcl</i>	1	
Antipsychotics		
1st Generation/Typical		
<i>fluphenazine decanoate</i>	1	PA
<i>fluphenazine hcl</i>	1	PA
HALDOL DECANOATE 100	1	PA
HALDOL DECANOATE 50	1	PA
<i>haloperidol</i>	1	PA
<i>haloperidol decanoate</i>	1	PA
<i>haloperidol decanoate 100</i>	1	PA
<i>haloperidol lactate</i>	1	PA
<i>loxapine</i>	1	PA
<i>molindone hcl</i>	1	PA
<i>pimozide</i>	1	PA
<i>thioridazine hcl</i>	1	PA
<i>thiothixene</i>	1	PA
<i>trifluoperazine hcl</i>	1	PA
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 30 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ABILIFY 2 MG TABLET, 5 MG TABLET	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML	1	QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML	1	QL (3.2 PER 56 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ABILIFY MAINTENA	1	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	1	PA, QL (750 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 2 mg tablet, 5 mg tablet</i>	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole odt</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	1	QL (2.4 PER 42 OVER TIME)
<i>asenapine maleate</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CAPLYTA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FANAPT 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FANAPT TITRATION PACK	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
GEODON 20 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
GEODON 20 MG/ML VIAL, 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
INVEGA ER 3 MG TABLET, ER 9 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
INVEGA ER 6 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML	1	QL (3.5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML	1	QL (5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML	1	QL (0.75 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRG	1	QL (1 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML	1	QL (1.5 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	1	QL (0.25 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	1	QL (0.5 PER 28 DAYS)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML	1	QL (0.88 PER 84 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML	1	QL (1.32 PER 84 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
RISPERDAL 4 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
RISPERDAL CONSTA	1	QL (2 PER 28 DAYS)
<i>risperidone 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>risperidone 4 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>risperidone er</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	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SECUADO	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SEROQUEL 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SEROQUEL 300 MG TABLET, 400 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SEROQUEL XR 150 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SEROQUEL XR 50 MG TABLET, 300 MG TABLET, 400 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
UZEDY ER 100 MG/0.28 ML SYRING	1	QL (0.28 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 125 MG/0.35 ML SYRING	1	QL (0.35 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 150 MG/0.42 ML SYRING	1	QL (0.42 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 200 MG/0.56 ML SYRING	1	QL (0.56 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 250 MG/0.7 ML SYRINGE	1	QL (0.7 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 50 MG/0.14 ML SYRINGE	1	QL (0.14 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 75 MG/0.21 ML SYRINGE	1	QL (0.21 PER 28 DAYS)
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4.5 MG CAPSULE, 6 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VRAYLAR 1.5 MG-3 MG PACK	1	QL (28 PER 28 DAYS)
<i>ziprasidone hcl 20 mg capsule, 40 mg capsule</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

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</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	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
Treatment-Resistant		
<i>clozapine 100 mg tablet</i>	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
<i>clozapine 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clozapine 25 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt 12.5 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt 150 mg tablet</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt odt 25 mg tablet, odt 100 mg tablet</i>	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
CLOZARIL 100 MG TABLET	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
CLOZARIL 200 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
CLOZARIL 25 MG TABLET, 50 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
VERSACLOZ	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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tizanidine hcl</i>	1	
Antivirals		
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)		
BIKTARVY	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CABENUVA ER 400 MG-600 MG SUSP	1	QL (4 PER 28 DAYS)
CABENUVA ER 600 MG-900 MG SUSP	1	QL (6 PER 28 DAYS)
DOVATO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
GENVOYA	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	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JULUCA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
STRIBILD	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	1	QL (360 PER 30 DAYS)
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)		
DELSTRIGO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz 200 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz 50 mg capsule</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz 600 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitenofovir disoproxil fumarate</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>etravirine</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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nevirapine 200 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine 50 mg/5 ml susp</i>	1	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine er 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PIFELTRO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SYMFI	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SYMFI LO	1	QL (30 PER 30 DAYS)

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

<i>abacavir 20 mg/ml solution</i>	1	QL (960 PER 30 DAYS)
<i>abacavir 300 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>abacavir-lamivudine</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CIMDUO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
COMPLERA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DESCOVY	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir disop</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	1	QL (850 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 200 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EPIVIR 10 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (960 PER 30 DAYS)
EPIVIR 150 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
EPIVIR 300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EPZICOM	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 10 mg/ml oral soln</i>	1	QL (960 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ODEFSEY	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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
RETROVIR 200 MG/20 ML VIAL	1	
<i>stavudine</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ PD	1	QL (180 PER 30 DAYS)
TRIZIVIR	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TRUVADA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD 150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET, 300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD POWDER	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ZIAGEN 20 MG/ML SOLUTION	1	QL (960 PER 30 DAYS)
ZIAGEN 300 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 100 mg capsule</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5 ml syrup</i>	1	QL (1920 PER 30 DAYS)
Anti-HIV Agents, Other		
FUZEON	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 150 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
RUKOBIA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (1840 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TABLET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 300 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TABLET, 150 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	1	QL (4 PER 28 OVER TIME)
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	1	QL (5 PER 28 OVER TIME)
TROGARZO	1	QL (18.62 PER 28 DAYS)
TYBOST	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors		
APTIVUS 250 MG CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 150 mg cap, 300 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 200 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
KALETRA 100-25 MG TABLET	1	QL (300 PER 30 DAYS)
KALETRA 200-50 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
KALETRA 80 MG-20 MG/ML SOLN	1	QL (480 PER 30 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	1	QL (1800 PER 30 DAYS)
LEXIVA 700 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<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	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	1	QL (400 PER 30 DAYS)
PREZISTA 150 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
PREZISTA 600 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PREZISTA 75 MG TABLET	1	QL (300 PER 30 DAYS)
PREZISTA 800 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REYATAZ 200 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
REYATAZ 300 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>ritonavir</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
SYM TUZA	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VIRACEPT 250 MG TABLET	1	QL (270 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
<i>cidofovir</i>	1	
<i>ganciclovir sodium 500 mg vial</i>	1	Part D vs Part B
PREVYMIS 240 MG TABLET, 480 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VALCYTE	1	
<i>valganciclovir hcl</i>	1	
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
<i>adefovir dipivoxil</i>	1	
BARACLUDE	1	
<i>entecavir</i>	1	
<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	1	
<i>lamivudine hbv</i>	1	
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
EPCLUSA	1	PA
HARVONI	1	PA
<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	1	PA
<i>ribavirin 200 mg capsule, 200 mg tablet</i>	1	
<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	1	PA
SOVALDI	1	PA
VOSEVI	1	PA
ZEPATIER	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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
RELENZA	1	QL (120 PER 365 OVER TIME)
TAMIFLU 30 MG CAPSULE	1	QL (168 PER 365 OVER TIME)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE	1	QL (84 PER 365 OVER TIME)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION	1	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
XOFLUZA 40 MG TAB (80 MG DOSE), 40 MG TABLET	1	QL (4 PER 365 OVER TIME)
XOFLUZA 80 MG TABLET	1	QL (2 PER 365 OVER TIME)

Antiherpetic Agents

<i>acyclovir 200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 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</i>	1	
<i>valacyclovir</i>	1	
VALTREX	1	
ZOVIRAX 5% OINTMENT	1	PA

Anxiolytics

<i>alprazolam 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>bupirone hcl</i>	1	
<i>clonazepam 0.125 mg dis tab, 0.125 mg odt, 0.25 mg odt, 0.5 mg dis tablet, 0.5 mg odt, 1 mg dis tablet, 1 mg odt</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 0.5 mg tablet, 1 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg odt, 2 mg tablet</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tablet</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

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

Bipolar Agents

<i>lithium carbonate</i>	1	
<i>lithium carbonate er</i>	1	
<i>lithium citrate</i>	1	
LITHOBID	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	1	PA, QL (3.4 PER 28 DAYS)
BYETTA	1	PA, QL (2.4 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CYCLOSET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
FARXIGA 10 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FARXIGA 5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>gauze pads & dressings - pads 2 x 2</i>	1	
<i>glimepiride 1 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glimepiride 2 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glimepiride 4 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glipizide 10 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glipizide 2.5 mg tablet</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>glipizide 5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glipizide er 10 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glipizide er 2.5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glipizide er 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glipizide xl 10 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glipizide xl 2.5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glipizide xl 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glipizide-metformin -2.5-250 mg</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glipizide-metformin -2.5-500 mg, -5-500 mg</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
GLUCOTROL XL 10 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
GLUCOTROL XL 2.5 MG TABLET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
GLUCOTROL XL 5 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glyburide 1.25 mg tablet</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>glyburide 2.5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glyburide 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<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 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
GLYXAMBI	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>isopropyl alcohol 0.7 ml/ml medicated pad</i>	1	
JANUMET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JANUVIA 100 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
JANUVIA 25 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
JANUVIA 50 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JARDIANCE 10 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JARDIANCE 25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
JENTADUETO	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TB	1	QL (30 PER 30 DAYS)
KOMBIGLYZE XR 2.5-1,000 MG TAB	1	QL (60 PER 30 DAYS)
KOMBIGLYZE XR 5-1,000 MG TAB, 5-500 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	1	QL (75 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl 500 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<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	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide 120 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>nateglinide 60 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ONGLYZA 2.5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ONGLYZA 5 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
OZEMPIC	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<i>pioglitazone hcl 15 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>pioglitazone hcl 30 mg tablet, 45 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>pioglitazone-glimepiride</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pioglitazone-metformin</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>repaglinide 0.5 mg tablet</i>	1	QL (960 PER 30 DAYS)
<i>repaglinide 1 mg tablet</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>repaglinide 2 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
RYBELSUS 3 MG TABLET, 7 MG TABLET, 14 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin hcl 2.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin hcl 5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin-metformin er -metformin er 5-500, -metformn er 5-1000</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin-metformin er saxagliptn-2.5-1000</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SOLQUA 100-33	1	QL (18 PER 30 DAYS)
SYMLINPEN 120	1	
SYMLINPEN 60	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	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRULICITY	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
VICTOZA 2-PAK	1	PA, QL (9 PER 30 DAYS)
VICTOZA 3-PAK	1	PA, QL (9 PER 30 DAYS)
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB, 10 MG-500 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB, 5 MG-1,000 MG TABLET, 5 MG-500 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Glycemic Agents		
BAQSIMI	1	QL (4 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>diazoxide</i>	1	
GLUCAGEN	1	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>glucagon emergency kit glucagon emergency kit, glucagon emergency kit</i>	1	QL (4 PER 30 DAYS)
GVOKE	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK -PK MG/0.2 ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 1PK 0.5MG/0.1 ML	1	QL (0.4 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK -PK 1 MG/0.ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 2PK 0.5MG/0.1 ML	1	QL (0.4 PER 30 DAYS)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE -PK MG/0.2 ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 1PK 0.5MG/0.1 ML	1	QL (0.4 PER 30 DAYS)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE -PK 1 MG/0.ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 2PK 0.5MG/0.1 ML	1	QL (0.4 PER 30 DAYS)
PROGLYCEM	1	
Insulins		
HUMALOG	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG KWIKPEN U-100	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG KWIKPEN U-200	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 50-50	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 75-25	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG TEMPO PEN U-100	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN 70-30	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMULIN N	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN N KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN R	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN R U-500	1	PA
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>inpen (for humalog)</i>	1	
<i>inpen (for novolog or fiasp)</i>	1	
<i>insulin pen needle</i>	1	
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i>	1	
<i>insulin syringe (disp) u-100 1 ml</i>	1	
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i>	1	
<i>insulin syringe u-500 bd -1/2ml 6mmx31g</i>	1	
LANTUS	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LANTUS SOLOSTAR	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV KWIKPEN U-100	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV KWIKPEN U-200	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV TEMPO PEN U-100	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>needles, insulin disp., safety</i>	1	
<i>novopen echo</i>	1	
<i>omnipod 5 (g6/libre 2 plus)</i>	1	
<i>omnipod 5 dext7g6 intro(gen 5)</i>	1	
<i>omnipod 5 dext7g6 pods (gen 5)</i>	1	
<i>omnipod 5 g6-g7 intro kt(gen5)</i>	1	
<i>omnipod 5 g6-g7 pods (gen 5)</i>	1	
<i>omnipod 5 intro(g6/libre2plus)</i>	1	
<i>omnipod classic pods (gen 3)</i>	1	
<i>omnipod dash intro kit (gen 4)</i>	1	
<i>omnipod dash pdm kit (gen 4)</i>	1	
<i>omnipod dash pods (gen 4)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>omnipod go pods</i>	1	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>v-go 20</i>	1	
<i>v-go 30</i>	1	
<i>v-go 40</i>	1	
<i>vgo 20</i>	1	
<i>vgo 30</i>	1	
<i>vgo 40</i>	1	

Blood Products and Modifiers

Anticoagulants

<i>dabigatran etexilate 110 mg cp</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dabigatran etexilate 75 mg cap, 150 mg cp</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG	1	QL (74 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 100 mg/ml syringe, 150 mg/ml syringe, 300 mg/3 ml vial</i>	1	QL (30 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3 ml syr</i>	1	QL (9 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4 ml syr</i>	1	QL (12 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6 ml syr</i>	1	QL (18 PER 90 OVER TIME)
<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</i>	1	
<i>heparin sodium-d5w 20,000 unit/500 ml</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>jantoven</i>	1	
LOVENOX 100 MG/ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/3 ML VIAL	1	QL (30 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SYRINGE	1	QL (9 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SYRINGE	1	QL (12 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SYRINGE	1	QL (18 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 80 MG/0.8 ML SYRINGE, 120 MG/0.8 ML SYRINGE	1	QL (24 PER 90 OVER TIME)
PRADAXA 110 MG CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
PRADAXA 75 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>warfarin sodium</i>	1	
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	1	
Blood Products and Modifiers, Other		
AGRYLIN	1	
<i>anagrelide hcl</i>	1	
ARANESP 10 MCG/0.4 ML SYRINGE, 25 MCG/0.42 ML SYRINGE, 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	1	PA
GRANIX	1	PA
LEUKINE	1	PA
MOZOBIL	1	
NIVESTYM	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>plerixafor</i>	1	
PROCRIT	1	PA
PROMACTA	1	PA
RETACRIT	1	PA
UDENYCA	1	PA
UDENYCA AUTOINJECTOR	1	PA
UDENYCA ONBODY	1	PA
ZIEXTENZO	1	PA

Hemostasis Agents

CYKLOKAPRON	1	
<i>tranexamic acid</i>	1	

Platelet Modifying Agents

<i>aspirin-dipyridamole er</i>	1	
BRILINTA	1	
CABLIVI	1	
<i>cilostazol</i>	1	
<i>clopidogrel 75 mg tablet</i>	1	
<i>dipyridamole 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet</i>	1	
PLAVIX	1	
<i>prasugrel hcl</i>	1	

Cardiovascular Agents

Alpha-adrenergic Agonists

<i>clonidine</i>	1	
<i>clonidine hcl 0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 mg tablet</i>	1	
<i>droxidopa</i>	1	PA
<i>guanfacine hcl</i>	1	
<i>midodrine hcl</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NORTHERA	1	PA
Alpha-adrenergic Blocking Agents		
CARDURA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>doxazosin mesylate</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
MINIPRESS	1	
<i>phenoxybenzamine hcl</i>	1	
<i>prazosin hcl</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)
AVAPRO	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	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>irbesartan</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	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olmesartan medoxomil 20 mg tab, 40 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 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>telmisartan</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		
ACCUPRIL	1	
ALTACE	1	
<i>benazepril hcl</i>	1	
<i>captopril</i>	1	
<i>enalapril maleate 2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>lisinopril</i>	1	
LOTENSIN	1	
<i>moexipril hcl</i>	1	
<i>perindopril erbumine</i>	1	
<i>quinapril hcl</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	
VASOTEC	1	
ZESTRIL	1	
Antiarrhythmics		
<i>amiodarone hcl 100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet</i>	1	
<i>dofetilide</i>	1	
<i>flecainide acetate</i>	1	
<i>lidocaine hcl 1% abboject, 1% syringe</i>	1	
<i>mexiletine hcl</i>	1	
MULTAQ	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>pacerone pacerone 100 mg tablet, pacerone 400 mg tablet, pacerone 200 mg tablet</i>	1	
<i>propafenone hcl</i>	1	
<i>propafenone hcl er</i>	1	
<i>quinidine gluconate er 324 mg tab</i>	1	
<i>quinidine sulfate</i>	1	
RYTHMOL SR	1	
<i>sorine</i>	1	
<i>sotalol</i>	1	
<i>sotalol af</i>	1	
TIKOSYN	1	
Beta-adrenergic Blocking Agents		
<i>acebutolol hcl</i>	1	
<i>atenolol</i>	1	
<i>betaxolol hcl 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate</i>	1	
BYSTOLIC	1	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>carvedilol er</i>	1	
COREG CR	1	
CORGARD 20 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	
INDERAL LA	1	
INDERAL XL	1	
INNOPRAN XL	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</i>	1	
<i>metoprolol tartrate 25 mg tab, 37.5 mg tb, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nadolol</i>	1	
<i>nebivolol hcl</i>	1	
<i>pindolol</i>	1	
<i>propranolol hcl</i>	1	
<i>propranolol hcl er</i>	1	
TENORMIN	1	
<i>timolol maleate 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	
TOPROL XL	1	
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
<i>amlodipine besylate</i>	1	
<i>felodipine er</i>	1	
<i>isradipine</i>	1	
<i>nicardipine hcl 20 mg capsule, 30 mg capsule</i>	1	
<i>nifedipine er</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	1	
PROCARDIA XL	1	
SULAR	1	
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
CARDIZEM	1	
CARDIZEM CD	1	
CARDIZEM LA	1	
<i>cartia xt</i>	1	
<i>dilt-xr</i>	1	
<i>diltiazem 12hr er</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er (la)</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er (xr)</i>	1	
<i>diltiazem hcl 30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet, 120 mg tablet</i>	1	
<i>matzim la</i>	1	
<i>taztia xt</i>	1	
<i>tiadyt er</i>	1	
TIAZAC	1	
<i>verapamil er</i>	1	
<i>verapamil er pm</i>	1	
<i>verapamil hcl 40 mg tablet, 80 mg tablet, 120 mg tablet</i>	1	
<i>verapamil sr</i>	1	
VERELAN	1	
VERELAN PM	1	
Cardiovascular Agents, Other		
ACCURETIC 10-12.5 MG TABLET, 20-12.5 MG TABLET	1	
<i>acetazolamide</i>	1	
<i>acetazolamide er</i>	1	
ALDACTAZIDE 25-25 TABLET	1	
<i>aliskiren</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>amlodipine besylate-benazepril</i>	1	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	1	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>amlodipine-valsartan</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ATACAND HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
AVALIDE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
AZOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	1	
BENICAR HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</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	1	
<i>digitek</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>digox</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>digoxin 0.05 mg/ml solution</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>digoxin 0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 62.5 mcg tablet, 125 mcg tablet, 250 mcg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DIOVAN HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDARBYCLOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</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	1	QL (240 PER 30 DAYS)
EXFORGE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EXFORGE HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	
HYZAAR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ivabradine hcl</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LANOXIN 62.5 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 250 MCG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
LOTENSIN HCT	1	
MAXZIDE	1	
MAXZIDE-25 MG	1	
<i>methazolamide</i>	1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metirosine</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</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pentoxifylline</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ranolazine er</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>spironolactone-hctz</i>	1	
TEKTURNA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>telmisartan-amlodipine</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	1	
TENORETIC 50	1	
<i>trandolapril-verapamil er</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid -37.5-25 mg cp, -37.5-25 mg tb, -75-50 mg tab</i>	1	
TRIBENZOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VASERETIC	1	
VERQUVO	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ZESTORETIC	1	
ZIAC	1	
Diuretics, Loop		
<i>bumetanide</i>	1	
<i>furosemide</i>	1	
LASIX	1	
<i>torseamide</i>	1	
Diuretics, Potassium-sparing		
ALDACTONE	1	
<i>amiloride hcl</i>	1	
<i>eplerenone</i>	1	
INSPRA	1	
KERENDIA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>spironolactone 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	
Diuretics, Thiazide		
<i>chlorthalidone</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>indapamide</i>	1	
<i>metolazone</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</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LOPID	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

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 sodium</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</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>pravastatin sodium 80 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rosuvastatin calcium 40 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rosuvastatin calcium 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>simvastatin 20 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>simvastatin 5 mg tablet, 10 mg tablet, 40 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>simvastatin 80 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZOCOR 10 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	ST, QL (45 PER 30 DAYS)
ZOCOR 20 MG TABLET	1	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
Dyslipidemics, Other		
<i>cholestyramine</i>	1	
<i>cholestyramine light</i>	1	
COLESTID	1	
<i>colestipol hcl</i>	1	
<i>ezetimibe</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>icosapent ethyl 0.5 gm capsule, 500 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>icosapent ethyl 1 gram capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
JUXTAPID 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE	1	PA
LOVAZA	1	
<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</i>	1	
<i>prevalite</i>	1	
REPATHA PUSHTRONEX	1	PA, QL (7 PER 28 DAYS)
REPATHA SURECLICK	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
REPATHA SYRINGE	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>triklo</i>	1	
VASCEPA 0.5 GM CAPSULE	1	QL (240 PER 30 DAYS)
VASCEPA 1 GM CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
VYTORIN	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
ZETIA	1	QL (30 PER 30 DAYS)

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	1	
<i>isosorbide dinitrate 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	
NITRO-BID	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 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nitroglycerin patch</i>	1	
NITROLINGUAL	1	
NITROSTAT	1	
RECTIV	1	

Central Nervous System Agents

Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines

ADDERALL XR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DEXEDRINE 10 MG, 15 MG	1	QL (120 PER 30 DAYS)
DEXEDRINE SPANSULE 5 MG	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 10 mg tab</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 5 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er er 10 mg cap, er 15 mg cap</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine-amphet er -er 5 mg cap, -er 10 mg cap, -er 15 mg cap, -er 20 mg cap, -er 25 mg cap, -er 30 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine-amphetamine -20 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine-amphetamine -amphetam 7.5 mg tab, -amphetam 12.5 mg tab, -amphetamin 10 mg tab, -amphetamin 15 mg tab, -amphetamin 30 mg tab, -amphetamine 5 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
<i>atomoxetine hcl 10 mg capsule, 18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FOCALIN	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>guanfacine hcl er</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	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
STRATTERA 10 MG CAPSULE, 18 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
STRATTERA 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Central Nervous System, Other		
AUSTEDO 6 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO 9 MG TABLET, 12 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET, 18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET, 42 MG TABLET, 48 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) KT(6-12-24 MG)	1	PA, QL (42 PER 28 DAYS)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) TITR(12-18-24-30MG)	1	PA, QL (28 PER 28 DAYS)
NUEDEXTA	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 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>riluzole</i>	1	
<i>tetrabenazine 12.5 mg tablet</i>	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XENAZINE 12.5 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
XENAZINE 25 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
Multiple Sclerosis Agents		
AMPYRA	1	PA
AVONEX (4 PACK)	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
AVONEX 30 MCG/0.5 ML SYRINGE	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
AVONEX PEN (4 PACK)	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
BETASERON	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</i>	1	PA
<i>dimethyl fumarate</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fingolimod</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GILENYA 0.5 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
KESIMPTA PEN	1	PA, QL (1.6 PER 28 DAYS)
MAYZENT 0.25 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
MAYZENT 0.25MG START-1MG MAINT	1	PA, QL (7 PER 28 DAYS)
MAYZENT 0.25MG START-2MG MAINT	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
MAYZENT 1 MG TABLET, 2 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
PLEGRIDY	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
PLEGRIDY PEN	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
TECFIDERA	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 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TYSABRI	1	PA
VUMERITY	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Dental and Oral Agents

<i>cevimeline hcl</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate 0.12% 15 ml cup, 0.12% rinse</i>	1	
KEPIVANCE	1	
<i>kourzeq</i>	1	
<i>oralone</i>	1	
<i>periogard</i>	1	
<i>pilocarpine hcl 5 mg tablet, 7.5 mg tablet</i>	1	
SALAGEN	1	
<i>triamcinolone acetonide 0.1% paste</i>	1	

Dermatological Agents

Acne and Rosacea Agents

<i>acutane</i>	1	
<i>acitretin</i>	1	
<i>amnesteam</i>	1	
AVITA	1	PA
<i>azelaic acid</i>	1	
AZELEX	1	
BENZAMYCIN	1	
<i>claravis</i>	1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide -benzoyl 1-5%, -bnz 1-5% pmp</i>	1	
<i>doxycycline ir-dr</i>	1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>	1	
FINACEA	1	
<i>isotretinoin</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
KLARON	1	
<i>myorisan</i>	1	
ORACEA	1	
RETIN-A	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</i>	1	
Dermatitis and Pruitus Agents		
ALA-CORT -1% CREAM	1	
<i>ala-cort -2.5% cream</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>alclometasone dipropionate</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ammonium lactate</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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clodan</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	1	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>doxepin hcl 5% cream</i>	1	PA
ELIDEL	1	PA
<i>fluocinolone acetonide 0.01% body, 0.01% scalp</i>	1	QL (118.28 PER 30 DAYS)
<i>fluocinolone acetonide 0.01% cream, 0.01% solution, 0.025% cream, 0.025% ointment</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluocinonide 0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluocinonide-e</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)
<i>hydrocortisone valerate</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
LOCOID LIPOCREAM	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</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>prednicarbate 0.1% ointment</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
PRUDOXIN	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</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
ZONALON	1	PA
Dermatological Agents, Other		
<i>calcipotriene 0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>calcitrene</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	1	
<i>diclofenac sodium 3% gel</i>	1	PA
EFUDEX	1	
<i>fluorouracil 0.5% cream, 2% topical soln, 5% cream, 5% topical soln</i>	1	
<i>imiquimod 5% cream packet</i>	1	PA
<i>methoxsalen</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone</i>	1	
OTEZLA 10-20 MG STARTER 28 DAY, 20 MG TABLET	1	Otezla PA
OTEZLA 10-20-30MG START 28 DAY, 30 MG TABLET	1	PA
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	1	
REGRANEX	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
SANTYL	1	QL (180 PER 30 DAYS)
SILVADENE	1	
<i>silver sulfadiazine</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SSD	1	
Pediculicidas/Scabicides		
<i>ivermectin 1% cream</i>	1	PA
<i>lindane</i>	1	
<i>malathion</i>	1	
OVIDE	1	
<i>permethrin</i>	1	
SOOLANTRA	1	PA
Topical Anti-infectives		
<i>gentamicin sulfate 0.1% cream, 0.1% ointment</i>	1	
METROCREAM	1	
METROGEL	1	
METROLOTION	1	
<i>metronidazole 0.75% cream, 0.75% lotion, top 1% gel pump, topical 0.75% gl, topical 1% gel</i>	1	
<i>mupirocin</i>	1	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>rosadan</i>	1	
Electrolytes/Minerals/ Metals/ Vitamins		
Electrolyte/Mineral Replacement		
<i>aqua care sodium chloride</i>	1	
CARBAGLU	1	PA
<i>carglumic acid</i>	1	PA
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.2% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.225% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.3% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.33% nacl</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dextrose 5%-0.45% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.9% nacl</i>	1	
<i>dextrose in lactated ringers</i>	1	
<i>glucose 5%-0.9% nacl</i>	1	
<i>kcl-d5w-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</i>	1	
KLOR-CON 10	1	
KLOR-CON 8	1	
<i>klor-con m10</i>	1	
KLOR-CON M15	1	
<i>klor-con m20</i>	1	
<i>lactated ringers 1,000 ml, injection</i>	1	
<i>magnesium sulfate 50% 1 g/2 ml, 50% 10g/20ml, 50% 25g/50ml, 50% 5 g/10ml, 50% syringe</i>	1	
<i>potassium chloride cl10%(20meq/15ml)cup, cl10%(40meq/30ml)cup, cl20%(40meq/15ml)cup, cl 2 meq/ml conc, cl 10 meq/5 ml conc, cl 10% (20 meq/15ml), cl 10% (40 meq/30ml), cl 20 meq/10 ml conc, cl 20% (40 meq/15ml), cl 40 meq/20 ml conc, cl 60 meq/30 ml conc, cl er 8 meq capsule, cl er 8 meq tablet, cl er 10 meq capsule, cl er 10 meq tablet, cl er 15 meq tablet, cl er 20 meq tablet</i>	1	
<i>potassium chloride in d5lr kcl 20 meqd5w-lact ringer</i>	1	
<i>potassium chloride proamp</i>	1	
<i>potassium chloride-0.45% nacl</i>	1	
<i>potassium chloride-dextrose 5% kcl 20 meq/l in d5w solution</i>	1	
<i>potassium citrate er</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sodium chloride saline 0.45% soln-excel con, sodium chloride 0.45% soln, sodium chloride 0.9% 100 ml, sodium chloride 0.9% 1,000 ml, sodium chloride 0.9% 250 ml, sodium chloride 0.9% 50 ml, sodium chloride 0.9% 500 ml, sodium chloride 0.9% ampule, sodium chloride 0.9% irrig, sodium chloride 0.9% irrig., sodium chloride 0.9% prcss sol, sodium chloride 0.9% sol-excel, sodium chloride 0.9% soln, sodium chloride 0.9% solution, sodium chloride 0.9% vial</i>	1	
<i>sodium chloride-water 0.9%</i>	1	
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
CHEMET	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	1	PA
JADENU	1	PA
JADENU SPRINKLE	1	PA
SAMSCA	1	PA
SYPRINE	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tolvaptan</i>	1	PA
<i>trientine hcl 250 mg capsule</i>	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>dextrose in water 5%-100 ml, 5%-1,000 ml, 5%-250 ml, 5%-50 ml, 5%-iv soln, 10%-iv solution</i>	1	
<i>fomepizole</i>	1	
<i>glucose in water 5%-100 ml, 5%-50 ml</i>	1	
INTRALIPID 20% IV FAT EMUL	1	PA
NUTRILIPID	1	PA
TRAVASOL	1	PA
TROPHAMINE	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>water sterile for irrigation</i>	1	
Phosphate Binders		
AURYXIA	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
<i>calcium acetate 667 mg capsule, 667 mg gelcap, 667 mg tablet</i>	1	
FOSRENOL 500 MG TABLET CHEW	1	QL (90 PER 30 DAYS)
FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET, 750 MG TABLET CHEW	1	QL (180 PER 30 DAYS)
FOSRENOL MG POWDER PACK, MG TABLET CHEW	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>lanthanum carbonate 1,000 mg tb chw</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>lanthanum carbonate 500 mg tab chew</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lanthanum carbonate 750 mg tab chew</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
REVELA 0.8 GM POWDER PACKET	1	QL (270 PER 30 DAYS)
REVELA 2.4 GM POWDER PACKET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
REVELA 800 MG TABLET	1	
<i>sevelamer carbonate 0.8 gm powder packet</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)
<i>sevelamer carbonate 2.4 gm powder packet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	1	
VELPHORO	1	QL (180 PER 30 DAYS)
Potassium Binders		
<i>kionex</i>	1	
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	1	
SPS	1	
VELTASSA 8.4 GM POWDER PACKET, 16.8 GM POWDER PACKET, 25.2 GM POWDER PACKET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Gastrointestinal Agents		
Anti-Constipation Agents		
<i>constulose</i>	1	
<i>enulose</i>	1	
<i>generlac</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	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lubiprostone 24 mcg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lubiprostone 8 mcg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
MOVANTIK	1	
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML VIAL, 150 MG TABLET	1	PA
Anti-Diarrheal Agents		
<i>alosetron hcl</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	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VIBERZI	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
XERMELO	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</i>	1	PA
Gastrointestinal Agents, Other		
<i>bismuth-metronidazole-tetracyc</i>	1	
<i>chenodal</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
GATTEX	1	PA
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i>	1	
<i>gavilyte-n</i>	1	
GOLYTELY	1	
<i>metoclopramide hcl</i>	1	
MOVIPREP	1	
MYALEPT	1	PA
NULYTELY	1	
OCALIVA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>peg 3350-electrolyte -solution</i>	1	
<i>peg-3350 and electrolytes</i>	1	
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i>	1	
PYLERA	1	
REGLAN	1	
<i>sod sulf-potass sulf-mag sulf</i>	1	
SUPREP	1	
SUTAB	1	
<i>ursodiol 250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet</i>	1	
XIFAXAN 550 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists		
<i>cimetidine 200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet</i>	1	
<i>famotidine 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml susp, 200 mg/20 ml vial, 500 mg/50 ml vial</i>	1	
<i>nizatidine 150 mg capsule, 300 mg capsule</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Protectants		
CARAFATE	1	
CYTOTEC	1	
<i>misoprostol</i>	1	
<i>sucralfate</i>	1	
Proton Pump Inhibitors		
<i>esomeprazole magnesium dr 10 mg packet, dr 20 mg packet, dr 40 mg packet, mag dr 20 mg cap, mag dr 40 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>esomeprazole sodium 40 mg vial</i>	1	
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule, dr 30 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
NEXIUM DR 10 MG PACKET, DR 20 MG CAPSULE, DR 20 MG PACKET, DR 40 MG CAPSULE, DR 40 MG PACKET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
NEXIUM DR 2.5 MG PACKET, DR 5 MG PACKET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
NEXIUM I.V.	1	
<i>omeprazole dr 10 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>omeprazole dr 20 mg capsule, dr 40 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pantoprazole sodium 40 mg vial</i>	1	
<i>pantoprazole sodium dr 20 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pantoprazole sodium dr 40 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PREVACID DR 30 MG CAPSULE	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
PROTONIX DR 20 MG TABLET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
PROTONIX DR 40 MG TABLET	1	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>rabeprazole sodium dr 20 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
ALDURAZYME	1	
<i>betaine anhydrous</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BUPHENYL 500 MG TABLET	1	PA
CARNITOR 1 GM/10 ML ORAL SOLN, 100 MG/ML ORAL SOLN, 330 MG TABLET	1	
CARNITOR SF	1	
CEREZYME	1	PA
CREON	1	
<i>cromolyn sodium 100 mg/5 ml oral conc</i>	1	
CRYSVITA	1	PA
CYSTADANE	1	
CYSTAGON	1	PA
ELAPRASE	1	
ELELYSO	1	PA
ENDARI	1	PA
FABRAZYME	1	
<i>javygtor</i>	1	PA
KUVAN	1	PA
<i>l-glutamine -gutamine 5 gram powder pkt</i>	1	PA
<i>levocarnitine 1 g/10 ml cup, 1 g/10 ml soln, 330 mg tablet, 500 mg/5 ml cup</i>	1	
<i>levocarnitine sf</i>	1	
LUMIZYME	1	
<i>miglustat</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
NAGLAZYME	1	
<i>nitisinone</i>	1	
ORFADIN	1	
PALYNZIQ	1	PA
PROLASTIN C	1	PA
REVCOVI	1	
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	1	PA
<i>sodium phenylbutyrate</i>	1	PA
STRENSIQ	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VPRIV	1	PA
VYNDAMAX	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VYNDAQEL	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>yargesa</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZENPEP	1	
ZOKINVY	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Genitourinary Agents

Antispasmodics, Urinary

<i>darifenacin er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DETROL	1	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
DETROL LA	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fesoterodine fumarate er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
GEMTESA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ ER 25 MG TABLET, ER 50 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ ER 8 MG/ML SUSP	1	QL (300 PER 28 DAYS)
<i>oxybutynin chloride 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride 5 mg/5 ml solution, 5 mg/5 ml syrup</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride er cl 10 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride er cl 15 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride er cl 5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>solifenacin succinate</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tolterodine tartrate</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tolterodine tartrate er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TOVIAZ	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>trospium chloride</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>trospium chloride er</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 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Benign Prostatic Hypertrophy Agents		
<i>alfuzosin hcl er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
AVODART	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dutasteride</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>finasteride 5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FLOMAX	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PROSCAR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RAPAFLO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>silodosin</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tamsulosin hcl</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Contraceptives, Other		
LILETTA	1	
SKYLA	1	
Genitourinary Agents, Other		
<i>bethanechol chloride</i>	1	
DEPEN	1	
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tablet</i>	1	
<i>penicillamine 250 mg tablet</i>	1	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Adrenal)		
ACTHAR	1	PA
ACTHAR SELFJECT	1	PA
CORTEF	1	
<i>decadron 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 4 mg tablet, 6 mg tablet</i>	1	
<i>dexamethasone</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml syringe, 4 mg/ml vial, 20 mg/5 ml vial, 120 mg/30 ml vl</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fludrocortisone acetate</i>	1	
HEMADY	1	
<i>hidex</i>	1	
<i>hydrocortisone 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	
MEDROL 4 MG DOSEPAK, 4 MG TABLET, 8 MG TABLET, 16 MG TABLET, 32 MG TABLET	1	
<i>methylprednisolone</i>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ</i>	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln, 15mg/5ml soln cup</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate 5 mg/5 ml soln, sod ph 25 mg/5 ml</i>	1	
<i>prednisone</i>	1	
SOLU-MEDROL -1 GRAM VIAL, -40 MG VIAL, -125 MG VIAL, -500 MG VIAL, -1,000 MG VIAL	1	
<i>taperdex 6 day 1.5 mg tablet</i>	1	

Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Pituitary)

CHORIONIC GONADOTROPIN	1	PA
DDAVP 0.1 MG TABLET, 0.2 MG TABLET	1	
<i>desmopressin acetate 0.01% solution, 0.01% spray, ac 4 mcg/ml ampul, ac 4 mcg/ml vial, acetate 0.1 mg tb, acetate 0.2 mg tb, 10 mcg/0.1 ml spr, 40 mcg/10 ml vial</i>	1	
INCRELEX	1	
OMNITROPE	1	PA
PREGNYL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Sex Hormones/ Modifiers)		
Androgens		
ANDROGEL 1.62% GEL PUMP, 1.62%(2.5G) GEL PCKT	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>danazol</i>	1	PA
DEPO-TESTOSTERONE	1	PA
<i>methyltestosterone</i>	1	PA
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk</i>	1	PA, QL (225 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk, 12.5 mg/1.25 gram, 50 mg/5 gram gel, 50 mg/5 gram pkt</i>	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt, 1.62% gel pump</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<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</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate</i>	1	PA
Estrogens		
DEPO-ESTRADIOL	1	
DIVIGEL	1	
<i>dotti</i>	1	
ESTRACE 0.01% CREAM	1	
<i>estradiol (once weekly)</i>	1	
<i>estradiol (twice weekly)</i>	1	
<i>estradiol 0.01% cream, 0.1% (0.25mg) gel pk, 0.1% (0.5mg) gel pkt, 0.1% (0.75mg) gel pk, 0.1% (1 mg) gel pkt, 0.1% (1.25mg) gel pk, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 10 mcg vaginal insrt</i>	1	
<i>estradiol valerate</i>	1	
ESTRING	1	
<i>lyllana</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

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

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

<i>afirmelle</i>	1	
<i>altavera</i>	1	
<i>alyacen</i>	1	
<i>amabelz</i>	1	
<i>amethia</i>	1	
<i>amethyst</i>	1	
<i>apri</i>	1	
<i>aranelle</i>	1	
<i>ashlyna</i>	1	
<i>aubra</i>	1	
<i>aubra eq</i>	1	
<i>aurovela</i>	1	
<i>aurovela 24 fe</i>	1	
<i>aurovela fe</i>	1	
<i>aviane</i>	1	
<i>ayuna</i>	1	
<i>balziva</i>	1	
<i>blisovi 24 fe</i>	1	
<i>blisovi fe</i>	1	
<i>briellyn</i>	1	
<i>camrese</i>	1	
<i>camrese lo</i>	1	
<i>chateal</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>chateal eq</i>	1	
COMBIPATCH	1	
<i>cryselle</i>	1	
<i>cyred</i>	1	
<i>cyred eq</i>	1	
<i>dasetta</i>	1	
<i>daysee</i>	1	
<i>desogestr-eth estrad eth estra</i>	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>dolishale</i>	1	
<i>drospirenone-eth estra-levomef</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>elinest</i>	1	
<i>eluryng</i>	1	
<i>emoquette</i>	1	
<i>enpresse</i>	1	
<i>enskyce</i>	1	
<i>estarylla</i>	1	
<i>estradiol-norethindrone acetat</i>	1	
<i>ethynodiol-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>falmina</i>	1	
<i>femynor</i>	1	
<i>gemmily</i>	1	
<i>hailey</i>	1	
<i>hailey 24 fe</i>	1	
<i>hailey fe</i>	1	
<i>haloette</i>	1	
<i>iclevia</i>	1	
<i>introvale</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>isibloom</i>	1	
<i>jaimiess</i>	1	
<i>jasmiel</i>	1	
<i>jolessa</i>	1	
<i>juleber</i>	1	
<i>junel</i>	1	
<i>junel fe</i>	1	
<i>junel fe 24</i>	1	
<i>kaitlib fe</i>	1	
<i>kalliga</i>	1	
<i>kariva</i>	1	
<i>kelnor 1-35</i>	1	
<i>kelnor 1-50</i>	1	
<i>kurvelo</i>	1	
<i>larin</i>	1	
<i>larin 24 fe</i>	1	
<i>larin fe</i>	1	
<i>larissia</i>	1	
LAYOLIS FE	1	
<i>leena</i>	1	
<i>lessina</i>	1	
<i>levonest</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</i>	1	
<i>levora-28</i>	1	
<i>lillow</i>	1	
<i>lo-zumandimine</i>	1	
LOESTRIN	1	
LOESTRIN FE	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lojaimiess</i>	1	
<i>loryna</i>	1	
LOSEASONIQUE	1	
<i>low-ogestrel</i>	1	
<i>lutra</i>	1	
<i>marlissa</i>	1	
<i>merzee</i>	1	
<i>microgestin</i>	1	
<i>microgestin 24 fe</i>	1	
<i>microgestin fe</i>	1	
<i>mili</i>	1	
<i>mimvey</i>	1	
MIRCETTE	1	
<i>mono-linyah</i>	1	
<i>necon</i>	1	
<i>nikki</i>	1	
<i>norethin-eth estra-ferrous fum</i>	1	
<i>norethindron-ethinyl estradiol norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb, norethind-eth estrad 1-0.02 mg</i>	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron --1 mg/20- 30-35 mcg, --1-0.02(21)-75 tab, --1- 0.02(24)-75 cap, --1.5-0.03mg(21)-75</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>nortrel</i>	1	
NUVARING	1	
<i>nylia</i>	1	
<i>nymyo</i>	1	
<i>ocella</i>	1	
<i>orsythia</i>	1	
<i>philith</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>pimtrea</i>	1	
<i>pirmella</i>	1	
<i>portia</i>	1	
PREMPHASE	1	
PREMPRO	1	
<i>previfem</i>	1	
<i>reclipsen</i>	1	
SEASONIQUE	1	
<i>setlakin</i>	1	
<i>simliya</i>	1	
<i>simpesse</i>	1	
<i>sprintec</i>	1	
<i>sronyx</i>	1	
<i>syeda</i>	1	
<i>tarina 24 fe</i>	1	
<i>tarina fe</i>	1	
<i>tarina fe 1-20 eq</i>	1	
<i>tilia fe</i>	1	
<i>tri femynor</i>	1	
<i>tri-estarylla</i>	1	
<i>tri-legest fe</i>	1	
<i>tri-linyah</i>	1	
<i>tri-lo-estarylla</i>	1	
<i>tri-lo-marzia</i>	1	
<i>tri-lo-mili</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec</i>	1	
<i>tri-mili</i>	1	
<i>tri-nymyo</i>	1	
<i>tri-previfem</i>	1	
<i>tri-sprintec</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tri-vylibra</i>	1	
<i>tri-vylibra lo</i>	1	
<i>trivora-28</i>	1	
TYBLUME	1	
<i>tydemy</i>	1	
<i>velivet</i>	1	
<i>vestura</i>	1	
<i>vienva</i>	1	
<i>viorele</i>	1	
<i>volnea</i>	1	
<i>vyfemla</i>	1	
<i>vylibra</i>	1	
<i>wera</i>	1	
<i>wymzya fe</i>	1	
YASMIN 28	1	
YAZ	1	
<i>zarah</i>	1	
<i>zovia 1-35</i>	1	
<i>zumandimine</i>	1	
<i>azurette</i>	1	
<i>enilloring</i>	1	
<i>taysofy</i>	1	
<i>turqoz</i>	1	
Progestins		
AYGESTIN	1	
<i>camila</i>	1	
<i>deblitane</i>	1	
DEPO-PROVERA	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>emzahh</i>	1	
<i>errin</i>	1	
<i>heather</i>	1	
<i>hydroxyprogesterone caproate 1.25 g/5ml</i>	1	
<i>incassia</i>	1	
<i>jencycla</i>	1	
<i>lyleq</i>	1	
<i>lyza</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	1	
<i>megestrol acetate 20 mg tablet, 40 mg tablet, acet 40 mg/ml susp, 400 mg/10 ml cup, 400 mg/10ml susp cup, acet 400 mg/10 ml</i>	1	
<i>nora-be</i>	1	
<i>norethindrone</i>	1	
<i>norethindrone ac (lupaneta)</i>	1	
<i>norethindrone acetate</i>	1	
<i>norlyda</i>	1	
<i>progesterone 100 mg capsule, 200 mg capsule</i>	1	
PROVERA	1	
<i>sharobel</i>	1	
<i>tulana</i>	1	
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents		
DUAVEE	1	
EVISTA	1	
<i>raloxifene hcl</i>	1	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Thyroid)		
CYTOMEL	1	
EUTHYROX	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LEVO-T	1	
<i>levothyroxine sodium 25 mcg tablet, 50 mcg tablet, 75 mcg tablet, 88 mcg tablet, 100 mcg tablet, 112 mcg tablet, 125 mcg tablet, 137 mcg tablet, 150 mcg tablet, 175 mcg tablet, 200 mcg tablet, 300 mcg tablet</i>	1	
LEVOXYL	1	
<i>liothyronine sodium 5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab</i>	1	
SYNTHROID	1	
TIROSINT	1	
TIROSINT-SOL	1	
UNITHROID	1	

Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal)

KORLYM	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
LYSODREN	1	
<i>mifepristone 300 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)

<i>cabergoline</i>	1	
ELIGARD	1	PA
FIRMAGON	1	
<i>leuprolide acetate</i>	1	PA
<i>leuprolide depot</i>	1	PA
LUPRON DEPOT	1	PA
LUPRON DEPOT (LUPANETA)	1	PA
LUPRON DEPOT-PED	1	PA
<i>octreotide acetate</i>	1	PA
<i>octreotide acetate er er 20 mg, er 30 mg</i>	1	PA
ORGOVYX	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 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SANDOSTATIN LAR DEPOT	1	PA
SIGNIFOR	1	PA
SIGNIFOR LAR	1	PA
SOMATULINE DEPOT	1	PA
SOMAVERT	1	PA
SYNAREL	1	
TRELSTAR	1	PA

Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)

Antithyroid Agents

<i>methimazole</i>	1	
<i>propylthiouracil</i>	1	

Immunological Agents

Angioedema Agents

CINRYZE	1	PA, QL (20 PER 30 DAYS)
FIRAZYR	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
HAEGARDA 2,000 UNIT VIAL	1	PA, QL (27 PER 30 DAYS)
HAEGARDA 3,000 UNIT VIAL	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
<i>icatibant</i>	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sajazir</i>	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)

Immunoglobulins

ATGAM	1	Part D vs Part B
GAMMAGARD LIQUID	1	PA
GAMMAGARD S-D	1	PA
GAMMAPLEX	1	PA
GAMUNEX-C	1	PA
SYNAGIS	1	
THYMOGLOBULIN	1	Part D vs Part B

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Immunological Agents, Other		
ARCALYST	1	PA
BENLYSTA 120 MG VIAL, 200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE, 400 MG VIAL	1	PA
COSENTYX (2 SYRINGES)	1	PA
COSENTYX SENSOREADY (2 PENS)	1	PA
COSENTYX SENSOREADY PEN	1	PA
COSENTYX SYRINGE	1	PA
COSENTYX UNOREADY PEN	1	Biologic Immunomodulators PA - Cosentyx
DUPIXENT PEN	1	PA
DUPIXENT SYRINGE	1	PA
ILARIS	1	PA
KINERET	1	PA
NULOJIX	1	Part D vs Part B
ORENCIA	1	PA
ORENCIA CLICKJECT	1	PA
RIDAURA	1	
RINVOQ	1	PA
RINVOQ LQ	1	PA
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE, 600 MG/10 ML VIAL	1	PA
SKYRIZI ON-BODY	1	PA
SKYRIZI PEN	1	PA
STELARA	1	PA
TREMFYA	1	PA
TREMFYA PEN 200 MG/2 ML	1	PA
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	PA
XELJANZ XR	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
XOLAIR	1	PA
Immunostimulants		
ACTIMMUNE	1	PA
BESREMI	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
PEGASYS	1	PA
Immunosuppressants		
ASTAGRAF XL	1	PA
AZASAN	1	PA
<i>azathioprine</i>	1	PA
<i>azathioprine sodium</i>	1	Part D vs Part B
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET	1	PA
CELLCEPT 500 MG VIAL	1	Part D vs Part B
<i>cyclosporine 25 mg capsule, 100 mg capsule</i>	1	PA
<i>cyclosporine 250 mg/5 ml ampul</i>	1	Part D vs Part B
<i>cyclosporine modified</i>	1	PA
CYLTEZO(CF)	1	PA
CYLTEZO(CF) PEN	1	PA
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	1	PA
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	1	PA
ENBREL	1	PA
ENBREL MINI	1	PA
ENBREL SURECLICK	1	PA
<i>everolimus 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet</i>	1	PA
<i>engraf</i>	1	PA
HADLIMA	1	PA
HADLIMA PUSH TOUCH	1	PA
HADLIMA(CF)	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HADLIMA(CF) PUSH TOUCH	1	PA
HUMIRA	1	PA
HUMIRA PEN	1	PA
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS	1	PA
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS	1	PA
HUMIRA(CF)	1	PA
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S	1	PA
HUMIRA(CF) PEN	1	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	1	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	1	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	1	PA
IMURAN	1	PA
<i>leflunomide</i>	1	
<i>methotrexate</i>	1	
<i>methotrexate sodium</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet</i>	1	PA
<i>mycophenolate mofetil 500 mg vial</i>	1	Part D vs Part B
<i>mycophenolic acid</i>	1	PA
MYFORTIC 180 MG TABLET	1	PA
MYHIBBIN	1	Part D vs Part B
NEORAL	1	PA
PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET, 0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 1 MG GRANULE PACKET, 5 MG CAPSULE	1	PA
PROGRAF 5 MG/ML AMPULE	1	Part D vs Part B
RAPAMUNE 1 MG/ML ORAL SOLN	1	PA
RENFLIXIS	1	PA
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 100 MG/ML SOLN	1	PA
SANDIMMUNE 50 MG/ML AMPUL	1	Part D vs Part B

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SIMULECT	1	Part D vs Part B
<i>sirolimus</i>	1	PA
<i>tacrolimus 0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule (ir), 5 mg capsule (ir)</i>	1	PA
XATMEP	1	PA
ZORTRESS	1	PA
Vaccines		
ABRYSSVO	1	
ACTHIB	1	
ADACEL TDAP	1	
AREXVY	1	
BCG VACCINE (TICE STRAIN)	1	
BEXSERO	1	
BOOSTRIX TDAP	1	
DAPTACEL DTAP	1	
DENGVAXIA	1	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	1	
ENGERIX-B ADULT	1	PA
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	1	PA
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE)	1	
GARDASIL 9	1	
HAVRIX	1	
HEPLISAV-B -20 MCG/0.5 ML SYRNG	1	PA
HIBERIX	1	
IMOVAX RABIES VACCINE	1	PA
INFANRIX DTAP	1	
IPOL	1	
IXCHIQ	1	
IXIARO	1	
JYNNEOS	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE)	1	PA
KINRIX	1	
M-M-R II VACCINE	1	
MENACTRA	1	
MENQUADFI	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	1	
MRESVIA	1	
PEDIARIX	1	
PEDVAXHIB	1	
PENBRAYA	1	
PENTACEL	1	
PREHEVBRIO	1	PA
PRIORIX	1	
PROQUAD	1	
QUADRACEL DTAP-IPV	1	
RABAVERT	1	PA
RECOMBIVAX HB	1	PA
ROTARIX	1	
ROTATEQ	1	
SHINGRIX	1	QL (2 PER 999 OVER TIME)
STAMARIL	1	
TDVAX	1	PA
TENIVAC	1	PA
TICOVAC	1	
TRUMENBA	1	
TWINRIX	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA	1	
VARIVAX VACCINE	1	
VAXCHORA VACCINE	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

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

Inflammatory Bowel Disease Agents

Aminosalicylates

APRISO	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ASACOL HD	1	QL (180 PER 30 DAYS)
AZULFIDINE	1	
<i>balsalazide disodium</i>	1	
CANASA	1	
COLAZAL	1	
DELZICOL	1	QL (180 PER 30 DAYS)
DIPENTUM	1	
LIALDA	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine 4 gm/60 ml enema, 4 gm/60 ml kit, 1,000 mg supp</i>	1	
<i>mesalamine 800 mg dr tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine dr</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i>	1	QL (120 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	1	
<i>sulfasalazine</i>	1	
<i>sulfasalazine dr</i>	1	

Glucocorticoids

<i>budesonide dr</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>budesonide ec</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>budesonide er</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 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>hydrocortisone 100 mg/60 ml</i>	1	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>procto-med hc</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>procto-pak</i>	1	
<i>proctosol-hc</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>proctozone-hc</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	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>calcitonin-salmon</i>	1	
<i>calcitriol 0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml ampul, 1 mcg/ml solution, 1 mcg/ml vial</i>	1	
<i>cinacalcet hcl</i>	1	PA
FORTEO	1	PA
FOSAMAX	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	1	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>ibandronate sodium 3 mg/3 ml syringe, 3 mg/3 ml vial</i>	1	
MIACALCIN	1	
NATPARA	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>paricalcitol</i>	1	
PROLIA	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</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
ROCALTROL	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SENSIPAR	1	PA
TERIPARATIDE TERIPARATIDE 560MCG/2.24ML PEN, TERIPARATIDE 620 MCG/2.48 ML	1	PA
TYMLOS	1	PA
XGEVA	1	PA
ZEMPLAR 2 MCG/ML VIAL, 5 MCG/ML VIAL, 10 MCG/2 ML VIAL	1	
<i>zoledronic acid 4 mg/5 ml vial, 5 mg/100 ml</i>	1	

Ophthalmic Agents

Ophthalmic Agents, Other

<i>atropine sulfate 1% eye drops</i>	1	
<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	1	
COMBIGAN	1	
COSOPT	1	
CYSTADROPS	1	PA
CYSTARAN	1	PA
<i>dorzolamide-timolol -eye drops</i>	1	
MAXITROL EYE OINTMENT	1	
<i>neo-polycin hc</i>	1	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	1	
RESTASIS	1	QL (60 PER 30 DAYS)
RESTASIS MULTIDOSE	1	QL (11 PER 30 DAYS)
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	1	
TOBRADEX	1	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	1	

Ophthalmic Anti-Infectives

<i>bacitracin 500 unit/gm ophth</i>	1	
-------------------------------------	---	--

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>bacitracin-polymyxin</i>	1	
BESIVANCE	1	
<i>ciprofloxacin hcl 0.3% eye drop</i>	1	
<i>erythromycin 0.5% eye ointment</i>	1	
<i>gentamicin sulfate 0.3% eye drop</i>	1	
LACRISERT	1	
MOXEZA	1	
<i>moxifloxacin 0.5% drops, 0.5% drp-visc</i>	1	
NATACYN	1	
<i>neo-polycin</i>	1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	1	
OCUFLOX	1	
<i>ofloxacin 0.3% eye drops</i>	1	
<i>polycin</i>	1	
<i>polymyxin b sul-trimethoprim</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium 10% drops, 10% ointment</i>	1	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	1	
<i>trifluridine</i>	1	
VIGAMOX	1	
Ophthalmic Anti-allergy Agents		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	1	
<i>cromolyn sodium 4% eye drops</i>	1	
<i>epinastine hcl</i>	1	
<i>olopatadine hcl 0.1% drops, 0.2% drop</i>	1	
Ophthalmic Anti-inflammatories		
ACULAR	1	
ACULAR LS	1	
<i>bromfenac sodium 0.07%, 0.09%</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dexamethasone sodium phosphate 0.1% eye drop</i>	1	
<i>diclofenac sodium 0.1% eye drops</i>	1	
<i>difluprednate</i>	1	
DUREZOL	1	
EYSUVIS	1	PA
<i>fluorometholone</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	
FML	1	
ILEVRO	1	
INVELTYS	1	
<i>ketorolac tromethamine 0.4%, 0.5%</i>	1	
PRED FORTE	1	
PRED MILD	1	
<i>prednisolone acetate</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate 1% eye drop</i>	1	
PROLENSA	1	
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
<i>betaxolol hcl 0.5% eye drop</i>	1	
BETOPTIC S	1	
<i>carteolol hcl</i>	1	
ISTALOL	1	
<i>levobunolol hcl</i>	1	
<i>timolol maleate 0.25% gel-solution, maleate 0.25% eye drop, 0.5% eye drop, 0.5% gel-solution, 0.5% gfs gel-solution, maleate 0.5% eye drop, maleate 0.5% eye drops</i>	1	
TIMOPTIC	1	
TIMOPTIC OCUDOSE	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
ALPHAGAN P	1	
AZOPT	1	
<i>brimonidine tartrate tartrate 0.1% drop, tartrate 0.15% drp, 0.2% eye drop</i>	1	
<i>brinzolamide</i>	1	
<i>dorzolamide hcl</i>	1	
<i>pilocarpine hcl 1% drops, 2% drops, 4% drops</i>	1	
RHOPRESSA	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
ROCKLATAN	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
SIMBRINZA	1	
Ophthalmic Prostaglandin and Prostanoid 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	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
TRAVATAN Z	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
<i>travoprost</i>	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
Otic Agents		
<i>acetic acid 2% ear solution</i>	1	
CIPRODEX	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	1	
<i>flac otic oil</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc --ear susp</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hydrocort</i>	1	
<i>ofloxacin 0.3% ear drops</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Respiratory Tract/ Pulmonary Agents		
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids		
ARNUITY ELLIPTA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX	1	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA	1	QL (13 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</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 REDHALER 40 MCG	1	QL (10.6 PER 30 DAYS)
QVAR REDHALER 80 MCG	1	QL (21.2 PER 30 DAYS)
XHANCE	1	QL (32 PER 30 DAYS)
Antihistamines		
<i>azelastine hcl 0.1% (137 mcg) spry, 0.15% nasal spray</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>clemastine fumarate 2.68 mg tablet</i>	1	PA
<i>cyproheptadine hcl</i>	1	PA
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl 50 mg/ml syrng, 50 mg/ml vial</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tablet</i>	1	
<i>olopatadine hcl 665 mcg nasal spry</i>	1	QL (30.5 PER 30 DAYS)
Antileukotrienes		
ACCOLATE	1	
<i>montelukast sodium</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SINGULAIR	1	
<i>zafirlukast</i>	1	
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT HFA	1	QL (25.8 PER 30 DAYS)
INCRUSE ELLIPTA	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	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT	1	QL (4 PER 30 DAYS)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proair hfa)</i>	1	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proventil hfa)</i>	1	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, 2.5 mg/0.5 ml sol, sul 2.5 mg/3 ml soln, 5 mg/ml solution, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln</i>	1	PA
<i>albuterol sulfate sulf 2 mg/5 ml syrup, sulfate 2 mg tab, sulfate 4 mg tab</i>	1	
<i>epinephrine 0.15 mg -injt, 0.3 mg -inject</i>	1	
PROAIR HFA	1	QL (36 PER 30 DAYS)
PROAIR RESPICLICK	1	QL (2 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	
VENTOLIN HFA	1	QL (36 PER 30 DAYS)
XOPENEX HFA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Cystic Fibrosis Agents		
KALYDECO	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 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET, 200 MG-125 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ORKAMBI 75-94 MG GRANULE PKT, 100-125 MG GRANULE PKT, 150-188 MG GRANULE PKT	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
PULMOZYME	1	PA
<i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule</i>	1	PA
TRIKAFTA 50-25-37.5 MG/75 MG, 100-50-75 MG/150 MG	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT, 100-50-75 MG/75MG PKT	1	Trikafta PA, QL (60 PER 30 DAYS)
Mast Cell Stabilizers		
<i>cromolyn sodium 20 mg/2 ml neb soln</i>	1	PA
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
<i>caffeine citrate 60 mg/3 ml oral</i>	1	
DALIRESP	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>roflumilast</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
THEO-24	1	
<i>theophylline anhydrous er 300 mg tab, er 450 mg tab</i>	1	
<i>theophylline er er 300 mg tablet, er 400 mg tablet, er 450 mg tablet, er 600 mg tablet</i>	1	
Pulmonary Antihypertensives		
ADCIRCA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ADEMPAS	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>alyq</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ambrisentan</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>bosentan</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LETAIRIS	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OPSUMIT	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
REMODULIN	1	Part D vs Part B

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sildenafil citrate 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>tadalafil 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TRACLEER 62.5 MG TABLET, 125 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>treprostinil</i>	1	Part D vs Part B
VENTAVIS	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	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pirfenidone 267 mg capsule, 267 mg tablet</i>	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
<i>pirfenidone 801 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Respiratory Tract Agents, Other		
<i>acetylcysteine 10% vial, 20% vial</i>	1	PA
ADVAIR HFA	1	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>breynd</i>	1	QL (30.9 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE	1	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	1	QL (30.9 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT	1	QL (8 PER 30 DAYS)
DULERA	1	QL (39 PER 30 DAYS)
FASENRA 10 MG/0.5 ML SYRINGE	1	Fasenra PA
FASENRA 30 MG/ML SYRINGE	1	PA
FASENRA PEN	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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ipratropium-albuterol</i>	1	PA
LAGEVRIO (COMMERCIAL)	1	QL (40 PER 30 OVER TIME)
LAGEVRIO (USG DIST.)	1	
ORALAIR 300 IR ADULT SAMPLE KT, 300 IR STARTER PACK, 300 IR SUBLINGUAL TAB	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
PAXLOVID 150-100 MG DOSE PACK	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	1	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>ribavirin 6 gm inhalation vial</i>	1	
STIOLTO RESPIMAT	1	QL (4 PER 30 DAYS)
TRELEGY ELLIPTA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>wixela inhub</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Skeletal Muscle Relaxants

<i>cyclobenzaprine hcl 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	
<i>methocarbamol 500 mg tablet, 750 mg tablet</i>	1	

Sleep Disorder Agents

Sleep Promoting Agents

BELSOMRA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAYVIGO	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>doxepin hcl 3 mg tablet, 6 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
HETLIOZ	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ramelteon</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ROZEREM	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SILENOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tasimelteon</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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>zolpidem tartrate 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Wakefulness Promoting Agents		
<i>armodafinil</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LUMRYZ	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LUMRYZ STARTER PACK	1	PA, QL (28 PER 28 DAYS)
<i>modafinil</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
NUVIGIL	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sodium oxybate</i>	1	PA, QL (540 PER 30 DAYS)
Uncategorized		
Unclassified		
<i>lidocaine hcl 2% jelly</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>pen needle 31g 8mm, 32g 4mm</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

Índice de medicamentos

A

abacavir	57	AFINITOR	40
abacavir-lamivudine	57	AFINITOR DISPERZ	40
ABILIFY	51	afirmelle	100
ABILIFY ASIMTUFI	51	AGRYLIN	69
ABILIFY MAINTENA	52	AIMOVIG AUTOINJECTOR	33
abiraterone acetate	35	AKEEGA	40
ABRAXANE	37	ALA-CORT	85
ABRYSVO	112	ala-cort	85
acamprosate calcium	15	albendazole	49
acarbose	62	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic ProAir HFA)	121
ACCOLATE	120	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic Proventil HFA)	121
ACCUPRIL	72	albuterol sulfate	121
ACCURETIC	75	alclometasone dipropionate	85
accutane	84	ALDACTAZIDE	75
acebutolol hcl	73	ALDACTONE	78
acetaminophen-codeine	12	ALDURAZYME	94
acetazolamide	75	ALECENSA	40
acetazolamide er	75	alendronate sodium	115
acetic acid	119	alfuzosin hcl er	97
acetylcysteine	123	ALIMTA	37
acitretin	84	ALIQOPA	41
ACTHAR	97	aliskiren	75
ACTHAR SELFJECT	97	allopurinol	32
ACTHIB	112	allopurinol sodium	33
ACTIMMUNE	110	ALOPRIM	33
ACTOS	62	alosetron hcl	92
ACULAR	117	ALPHAGAN P	119
ACULAR LS	117	alprazolam	61
acyclovir	61	ALTACE	72
acyclovir sodium	61	altavera	100
ADACEL TDAP	112	ALUNBRIG	41
ADCETRIS	47	alyacen	100
ADCIRCA	122	ALYMSYS	47
ADDERALL XR	81	alyq	122
adefovir dipivoxil	60	amabelz	100
ADEMPAS	122	amantadine	50
ADLARITY	26	AMBISOME	31
adriamycin	37	ambrisentan	122
ADVAIR HFA	123	amethia	100

amethyst.....	100	ARIMIDEX.....	40
amikacin sulfate.....	16	aripiprazole.....	52
amiloride hcl.....	78	aripiprazole odt.....	52
amiloride-hydrochlorothiazide.....	75	ARISTADA.....	52
amiodarone hcl.....	72	ARISTADA INITIO.....	52
amitriptyline hcl.....	30	armodafinil.....	125
amlodipine besylate.....	74	ARNUITY ELLIPTA.....	120
amlodipine besylate-benazepril.....	75	AROMASIN.....	40
amlodipine-atorvastatin.....	75	ARRANON.....	37
amlodipine-olmesartan.....	75	arsenic trioxide.....	37
amlodipine-valsartan.....	75	ARTHROTEC 50.....	10
amlodipine-valsartan-hctz.....	75	ARTHROTEC 75.....	10
ammonium lactate.....	85	ARZERRA.....	47
amnesteem.....	84	ASACOL HD.....	114
amoxapine.....	30	asenapine maleate.....	52
amoxicillin.....	19	ashlyna.....	100
amoxicillin-clavulanate pot er.....	19	ASMANEX.....	120
amoxicillin-clavulanate potass.....	19	ASMANEX HFA.....	120
amphotericin b.....	31	ASPARLAS.....	37
amphotericin b liposome.....	31	aspirin-dipyridamole er.....	70
ampicillin sodium.....	19	ASTAGRAF XL.....	110
ampicillin trihydrate.....	19	ATACAND.....	71
ampicillin-sulbactam.....	19	ATACAND HCT.....	75
AMPYRA.....	83	atazanavir sulfate.....	59
anagrelide hcl.....	69	ATELVIA.....	115
anastrozole.....	40	atenolol.....	73
ANDROGEL.....	99	atenolol-chlorthalidone.....	75
ANORO ELLIPTA.....	123	ATGAM.....	108
APOKYN.....	50	atomoxetine hcl.....	82
apomorphine hcl.....	50	atorvastatin calcium.....	79
aprepitant.....	31	atovaquone.....	49
apri.....	100	atovaquone-proguanil hcl.....	49
APRISO.....	114	atropine sulfate.....	116
APTIOM.....	25	ATROVENT HFA.....	121
APTIVUS.....	59	aubra.....	100
aqua care sodium chloride.....	88	aubra eq.....	100
aranelle.....	100	AUGMENTIN.....	19
ARANESP.....	69	AUGTYRO.....	41
ARCALYST.....	109	aurovela.....	100
AREXVY.....	112	aurovela 24 fe.....	100
ARICEPT.....	26	aurovela fe.....	100

AURYXIA	91	BALVERSA	41
AUSTEDO	82	balziva	100
AUSTEDO XR	82	BANZEL	25
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	82	BAQSIMI	65
AUVELITY	26	BARACLUDE	60
AVALIDE	76	BAVENCIO	47
AVAPRO	71	BCG VACCINE (TICE STRAIN)	112
AVASTIN	47	BELBUCA	12
aviane	100	BELEODAQ	41
avidoxy	21	BELSOMRA	124
AVITA	84	benazepril hcl	72
AVODART	97	benazepril-hydrochlorothiazide	76
AVONEX	83	bendamustine hcl	37
AVONEX (4 PACK)	83	BENDEKA	37
AVONEX PEN (4 PACK)	83	BENICAR	71
AYGESTIN	105	BENICAR HCT	76
ayuna	100	BENLYSTA	109
AYVAKIT	41	BENZAMYCIN	84
azacitidine	37	benznidazole	49
AZACTAM	16	benztropine mesylate	50
AZASAN	110	BESIVANCE	117
azathioprine	110	BESPONSA	47
azathioprine sodium	110	BESREMI	110
azelaic acid	84	betaine anhydrous	94
azelastine hcl	117,120	betamethasone diprop augmented	85
AZELEX	84	betamethasone dipropionate	85
AZILECT	51	betamethasone valerate	85
azithromycin	20	BETASERON	83
AZOPT	119	betaxolol hcl	73,118
AZOR	76	bethanechol chloride	97
aztreonam	16	BETOPTIC S	118
AZULFIDINE	114	bexarotene	48
azurette	105	BEXSERO	112
B		bicalutamide	35
bacitracin	116	BICILLIN L-A	19
bacitracin-polymyxin	117	BICNU	37
baclofen	55	BIKTARVY	56
BACTRIM	21	BILTRICIDE	49
BACTRIM DS	21	bimatoprost	119
balsalazide disodium	114	bismuth-metronidazole-tetracyc	92
		bisoprolol fumarate	73

bisoprolol-hydrochlorothiazide	76	butalbital-aspirin-caffeine	10
BLENREP	47	butorphanol tartrate	12,13
bleomycin sulfate	37	BUTRANS	12
BLINCYTO	37	BYDUREON BCISE	62
blisovi 24 fe	100	BYETTA	62
blisovi fe	100	BYSTOLIC	73
BOOSTRIX TDAP	112		
bortezomib	41	C	
bosentan	122	CABENUVA	56
BOSULIF	41	cabergoline	107
BRAFTOVI	41	CABLIVI	70
BREO ELLIPTA	123	CABOMETYX	41
breyna	123	caffeine citrate	122
BREZTRI AEROSPHERE	123	calcipotriene	87
briellyn	100	calcitonin-salmon	115
BRILINTA	70	calcitrene	87
brimonidine tartrate	119	calcitriol	115
brimonidine tartrate-timolol	116	calcium acetate	91
brinzolamide	119	CALQUENCE	41
BRIVIACT	22	camila	105
bromfenac sodium	117	camrese	100
bromocriptine mesylate	50	camrese lo	100
BRUKINSA	41	CANASA	114
budesonide	120	CANCIDAS	31
budesonide dr	114	candesartan cilexetil	71
budesonide ec	114	candesartan-hydrochlorothiazid	76
budesonide er	114	CAPLYTA	52
budesonide-formoterol fumarate	123	CAPRELSA	41
bumetanide	78	captopril	72
BUPHENYL	95	CARAFATE	94
buprenorphine	12	CARBAGLU	88
buprenorphine hcl	15	carbamazepine	25
buprenorphine-naloxone	15	carbamazepine er	25
bupropion hcl	26,27	CARBATROL	25
bupropion hcl sr	15,27	carbidopa	50
bupropion hcl sr 150mg tablet	27	carbidopa-levodopa	50
bupropion xl	27	carbidopa-levodopa er	50
buspirone hcl	61	carbidopa-levodopa-entacapone	50
busulfan	35	carboplatin	37
butalbital-acetaminophen	10	CARDIZEM	74
butalbital-acetaminophen-caffe	10	CARDIZEM CD	74

CARDIZEM LA	74	chenodal	92
CARDURA	71	chloramphenicol sod succinate	16
carglumic acid	88	chlorhexidine gluconate	84
carmustine	37	chloroquine phosphate	49
CARNITOR	95	chlorpromazine hcl	30
CARNITOR SF	95	chlorthalidone	78
carteolol hcl	118	cholestyramine	79
cartia xt	74	cholestyramine light	79
carvedilol	73	CHORIONIC GONADOTROPIN	98
carvedilol er	73	ciclodan	31
CASODEX	35	ciclopirox	31
casprofungin acetate	31	cidofovir	60
cataflam	10	cilostazol	70
cefaclor	18	CIMDUO	57
cefadroxil	18	cimetidine	93
cefazolin sodium	18	cinacalcet hcl	115
cefazolin sodium-dextrose	18	CINRYZE	108
cefdinir	18	CIPRO	21
cefepime	18	CIPRODEX	119
cefepime hcl	18	ciprofloxacin	21
cefepime-dextrose	18	ciprofloxacin hcl	21,117
cefixime	18	ciprofloxacin-d5w	21
cefoxitin	18	ciprofloxacin-dexamethasone	119
cefoxitin sodium	18	cisplatin	37
cefpodoxime proxetil	19	citalopram hbr	28
cefprozil	19	cladribine	38
ceftazidime	19	claravis	84
ceftriaxone	19	clarithromycin	20
cefuroxime	19	clarithromycin er	20
cefuroxime sodium	19	clemastine fumarate	120
CELEBREX	10	CLEOCIN	16
celecoxib	10	CLEOCIN HCL	16
CELEXA	28	CLEOCIN PHOSPHATE	16
CELLCEPT	110	CLEOCIN T	16
CELONTIN	23	clindacin etz	16
cephalexin	19	clindacin p	16
CEREZYME	95	clindamycin (pediatric)	16
cevimeline hcl	84	clindamycin hcl	16
chateal	100	clindamycin phosphate	17
chateal eq	101	clindamycin phosphate-d5w	17
CHEMET	90	clindamycin-0.9% nacl	17

clindamycin-benzoyl peroxide	84	COSELA	49
clobazam	24	COSENTYX (2 SYRINGES)	109
clobetasol emollient	85	COSENTYX SENSOREADY (2 PENS)	109
clobetasol propionate	85	COSENTYX SENSOREADY PEN	109
clodan	86	COSENTYX SYRINGE	109
clofarabine	38	COSENTYX UNOREADY PEN	109
CLOLAR	38	COSMEGEN	38
clomipramine hcl	30	COSOPT	116
clonazepam	61	COTELLIC	41
clonidine	70	COZAAR	71
clonidine hcl	70	CREON	95
clonidine hcl er	82	CRESEMBA	32
clopidogrel	70	CRESTOR	79
clorazepate dipotassium	61,62	cromolyn sodium	95,117,122
clotrimazole	31	cryselle	101
clotrimazole-betamethasone	87	CRYSVITA	95
clozapine	55	CUBICIN	17
clozapine odt	55	CUBICIN RF	17
CLOZARIL	55	cyclobenzaprine hcl	124
COARTEM	49	cyclophosphamide	35
codeine sulfate	13	CYCLOPHOSPHAMIDE	35
COLAZAL	114	cycloserine	34
colchicine	33	CYCLOSET	63
COLCRYS	33	cyclosporine	110
COLESTID	79	cyclosporine modified	110
colestipol hcl	79	CYKLOKAPRON	70
colistimethate	17	CYLTEZO(CF)	110
COMBIGAN	116	CYLTEZO(CF) PEN	110
COMBIPATCH	101	CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	110
COMBIVENT RESPIMAT	123	CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	110
COMETRIQ	41	CYMBALTA	28
COMPLERA	57	cyproheptadine hcl	120
compro	30	CYRAMZA	41
COMTAN	50	cyred	101
constulose	92	cyred eq	101
COPAXONE	83	CYSTADANE	95
COPIKTRA	41	CYSTADROPS	116
COREG CR	73	CYSTAGON	95
CORGARD	73	CYSTARAN	116
CORLANOR	76	cytarabine	38
CORTEF	97	CYTOMEL	106

CYTOTEC.....	94	DEPEN.....	97
D		DEPO-ESTRADIOL.....	99
dabigatran etexilate.....	68	DEPO-PROVERA.....	105
dacarbazine.....	38	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	105
dactinomycin.....	38	DEPO-TESTOSTERONE.....	99
dalfampridine er.....	83	dermacinrx lidocan.....	14
DALIRESP.....	122	DESCOVY.....	57
DALVANCE.....	17	desipramine hcl.....	30
danazol.....	99	desloratadine.....	120
DANTRIUM.....	55	desmopressin acetate.....	98
dantrolene sodium.....	55	desogestr-eth estrad eth estra.....	101
DANYELZA.....	47	desogestrel-ethinyl estradiol.....	101
dapsone.....	34	desonide.....	86
DAPTACEL DTAP.....	112	desoximetasone.....	86
daptomycin.....	17	desvenlafaxine succinate er.....	28
DARAPRIM.....	49	DETROL.....	96
darifenacin er.....	96	DETROL LA.....	96
darunavir.....	59	dexamethasone.....	97
DARZALEX.....	47	dexamethasone sodium phosphate.....	97,118
DARZALEX FASPRO.....	47	DEXEDRINE.....	81
dasatinib.....	41	dexmethylphenidate hcl.....	82
dasetta.....	101	dextrazoxane.....	49
daunorubicin hcl.....	38	dextroamphetamine sulfate.....	81
DAURISMO.....	41,42	dextroamphetamine sulfate er.....	81
DAYPRO.....	10	dextroamphetamine-amphet er.....	81
daysee.....	101	dextroamphetamine-amphetamine.....	81
DAYVIGO.....	124	dextrose 2.5%-0.45% nacl.....	88
DDAVP.....	98	dextrose 5%-0.2% nacl.....	88
deblitane.....	105	dextrose 5%-0.225% nacl.....	88
decadron.....	97	dextrose 5%-0.3% nacl.....	88
decitabine.....	38	dextrose 5%-0.33% nacl.....	88
deferasirox.....	90	dextrose 5%-0.45% nacl.....	89
DELSTRIGO.....	56	dextrose 5%-0.9% nacl.....	89
DELZICOL.....	114	dextrose in lactated ringers.....	89
demeclocycline hcl.....	21	dextrose in water.....	90
DEMSEK.....	76	DIACOMIT.....	22
DENGVAXIA.....	112	diazepam.....	24,62
DEPAKOTE.....	22	diazoxide.....	66
DEPAKOTE ER.....	22	diclofenac potassium.....	10
DEPAKOTE SPRINKLE.....	22	diclofenac sodium.....	10,87,118
		diclofenac sodium er.....	10

diclofenac sodium-misoprostol	10	doxazosin mesylate	71
dicloxacillin sodium	19	doxepin hcl	30,86,124
dicyclomine hcl	92	doxorubicin hcl	38
DIFICID	20	doxorubicin hcl liposome	38
DIFLUCAN	32	doxy 100	21
difluprednate	118	doxycycline hyclate	21
digitek	76	doxycycline ir-dr	84
digox	76	doxycycline monohydrate	22
digoxin	76	DRIZALMA SPRINKLE	28
dihydroergotamine mesylate	33	dronabinol	31
dilantin	25	drospirenone-eth estra-levomef	101
DILANTIN-125	25	drospirenone-ethinyl estradiol	101
dilt-xr	74	droxidopa	70
diltiazem 12hr er	74	DUAVEE	106
diltiazem 24hr er	74	DULERA	123
diltiazem 24hr er (cd)	75	duloxetine hcl	28
diltiazem 24hr er (la)	75	DUPIXENT PEN	109
diltiazem 24hr er (xr)	75	DUPIXENT SYRINGE	109
diltiazem hcl	75	DURAMORPH	13
dimethyl fumarate	83	DUREZOL	118
DIOVAN	71	dutasteride	97
DIOVAN HCT	76	dutasteride-tamsulosin	97
DIPENTUM	114		
diphenhydramine hcl	120	E	
diphenoxylate-atropine	92	E.E.S. 200	20
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	112	ec-naproxen	11
DIPROLENE	86	econazole nitrate	32
dipyridamole	70	EDARBI	71
disulfiram	15	EDARBYCLOR	76
divalproex sodium	22	EDURANT	56
divalproex sodium er	22	efavirenz	56
DIVIGEL	99	efavirenz-emtric-tenofof disop	56
docetaxel	38	efavirenz-lamivu-tenofof disop	56
dofetilide	72	EFFEXOR XR	28
dolishale	101	EFUDEX	87
donepezil hcl	26	ELAPRASE	95
donepezil hcl odt	26	ELELYSO	95
dorzolamide hcl	119	ELIDEL	86
dorzolamide-timolol	116	ELIGARD	107
dotti	99	elinest	101
DOVATO	56	ELIQUIS	68

ELITEK.....	49	ERBITUX.....	47
eluryng.....	101	ergotamine-caffeine.....	33
EMCYT.....	36	eribulin mesylate.....	38
EMEND.....	31	ERIVEDGE.....	42
EMGALITY PEN.....	33	ERLEADA.....	35
EMGALITY SYRINGE.....	33	erlotinib hcl.....	42
emoquette.....	101	errin.....	106
EMPLICITI.....	47	ertapenem.....	20
EMSAM.....	27	ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE).....	112
emtricitabine.....	57	ery.....	20
emtricitabine-tenofovir disop.....	57	ERY-TAB.....	20
EMTRIVA.....	57	ERYPED 200.....	20
emzahn.....	106	ERYPED 400.....	20
enalapril maleate.....	72	ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	20
enalapril-hydrochlorothiazide.....	76	ERYTHROCIN STEARATE.....	20
ENBREL.....	110	erythromycin.....	20,117
ENBREL MINI.....	110	erythromycin ethylsuccinate.....	21
ENBREL SURECLICK.....	110	erythromycin lactobionate.....	21
ENDARI.....	95	erythromycin-benzoyl peroxide.....	84
endocet.....	13	ESBRIET.....	123
ENGERIX-B ADULT.....	112	escitalopram oxalate.....	28
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT.....	112	ESGIC.....	10
ENHERTU.....	47	esomeprazole magnesium.....	94
enilloring.....	105	esomeprazole sodium.....	94
enoxaparin sodium.....	68	estarylla.....	101
enpresse.....	101	ESTRACE.....	99
enskyce.....	101	estradiol.....	99
entacapone.....	50	estradiol (once weekly).....	99
entecavir.....	60	estradiol (twice weekly).....	99
ENTRESTO.....	76	estradiol valerate.....	99
ENTRESTO SPRINKLE.....	76	estradiol-norethindrone acetat.....	101
enulose.....	92	ESTRING.....	99
EPCLUSA.....	60	ethambutol hcl.....	34
EPIDIOLEX.....	22	ethosuximide.....	23
epinastine hcl.....	117	ethynodiol-ethinyl estradiol.....	101
epinephrine.....	121	etodolac.....	11
epitol.....	25	etodolac er.....	11
EPIVIR.....	57	etonogestrel-ethinyl estradiol.....	101
eplerenone.....	78	ETOPOPHOS.....	40
EPRONTIA.....	22	etoposide.....	40
EPZICOM.....	57	etravirine.....	56

EULEXIN	35	finasteride	97
EUTHYROX	106	fingolimod	83
everolimus	42,110	FINTEPLA	22
EVISTA	106	FIRAZYR	108
EVOMELA	35	FIRMAGON	107
EVOTAZ	59	flac otic oil	119
EXELON	26	FLAGYL	17
exemestane	40	flecainide acetate	72
EXFORGE	76	FLOMAX	97
EXFORGE HCT	76	fluconazole	32
EXJADE	90	fluconazole-nacl	32
EXKIVITY	42	flucytosine	32
EXTENCILLINE	19	fludarabine phosphate	38
EYSUVIS	118	fludrocortisone acetate	98
ezetimibe	79	flunisolide	120
ezetimibe-simvastatin	79	fluocinolone acetonide	86
F			
FABRAZYME	95	fluocinolone acetonide oil	119
falmina	101	fluocinonide	86
famciclovir	61	fluocinonide-e	86
famotidine	93	fluorometholone	118
FANAPT	52	fluorouracil	37,87
FARESTON	36	fluoxetine dr	28
FARXIGA	63	fluoxetine hcl	28,29
FARYDAK	42	fluphenazine decanoate	51
FASENRA	123	fluphenazine hcl	51
FASENRA PEN	123	flurbiprofen	11
FASLODEX	36	flurbiprofen sodium	118
felbamate	22	fluticasone propionate	86,120
FELDENE	11	fluticasone propionate hfa	120
felodipine er	74	fluticasone-salmeterol	123
FEMARA	40	fluvastatin sodium	79
femynor	101	fluvoxamine maleate	29
fenofibrate	78	FML	118
fenofibric acid	78	FOCALIN	82
fentanyl	12	FOLOTYN	37
fentanyl citrate	13	fomepizole	90
fesoterodine fumarate er	96	fondaparinux sodium	68
FETZIMA	28	FORTEO	115
FINACEA	84	FOSAMAX	115
		fosamprenavir calcium	59
		fosaprepitant dimeglumine	31

fosinopril sodium	72
fosinopril-hydrochlorothiazide	76
fosphenytoin sodium	25
FOSRENOL	91
FOTIVDA	42
FRUZAQLA	42
FULPHILA	69
fulvestrant	36
furosemide	78
FUZEON	58
FYCOMPA	22

G

gabapentin	24
GABITRIL	24
galantamine er	26
galantamine hbr	26
galantamine hydrobromide	26
GAMMAGARD LIQUID	108
GAMMAGARD S-D	108
GAMMAPLEX	108
GAMUNEX-C	108
ganciclovir sodium	60
GARDASIL 9	112
GATTEX	93
GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2 X 2	63
gavilyte-c	93
gavilyte-g	93
gavilyte-n	93
GAVRETO	42
GAZYVA	47
gefitinib	42
gemcitabine hcl	38
gemfibrozil	78
gemmily	101
GEMTESA	96
generlac	92
gengraf	110
gentamicin sulfate	16,88,117
gentamicin sulfate in ns	16
GENVOYA	56
GEODON	52
GILENYA	83
GILOTRIF	42
glatiramer acetate	83
glatopa	83
GLEEVEC	42
GLEOSTINE	35
glimepiride	63
glipizide	63
glipizide er	63
glipizide xl	63
glipizide-metformin	63
GLUCAGEN	66
glucagon emergency kit	66
glucose 5%-0.9% nacl	89
glucose in water	90
GLUCOTROL XL	63
glyburide	63
glyburide micronized	63
glyburide-metformin hcl	63
glycopyrrolate	92
glydo	14
GLYXAMBI	64
GOLYTELY	93
granisetron hcl	31
GRANIX	69
griseofulvin	32
griseofulvin ultramicrosize	32
guanfacine hcl	70
guanfacine hcl er	82
GVOKE	66
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	66
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	66
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	66
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	66

H

HADLIMA	110
HADLIMA PUSHTOUCH	110
HADLIMA(CF)	110
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH	111

HAEGARDA	108	HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S	111
hailey	101	HUMIRA(CF) PEN	111
hailey 24 fe	101	HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	111
hailey fe	101	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	111
HALAVEN	38	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	111
HALDOL DECANOATE 100	51	HUMULIN 70-30	66
HALDOL DECANOATE 50	51	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	66
halobetasol propionate	86	HUMULIN N	67
haloette	101	HUMULIN N KWIKPEN	67
haloperidol	51	HUMULIN R	67
haloperidol decanoate	51	HUMULIN R U-500	67
haloperidol decanoate 100	51	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	67
haloperidol lactate	51	hydralazine hcl	80
HARVONI	60	HYDREA	37
HAVRIX	112	hydrochlorothiazide	78
heather	106	hydrocodone bitartrate er	12
HEMADY	98	hydrocodone-acetaminophen	13
heparin sodium	68	hydrocodone-ibuprofen	13
heparin sodium-d5w	68	hydrocortisone	86,98,115
HEPLISAV-B	112	hydrocortisone butyrate	86
HERCEPTIN	47	hydrocortisone valerate	86
HERCEPTIN HYLECTA	47	hydrocortisone-acetic acid	119
HERZUMA	47	hydromorphone hcl	13
HETLIOZ	124	hydroxychloroquine sulfate	49
HIBERIX	112	hydroxyprogesterone caproate	106
hidex	98	hydroxyurea	37
HUMALOG	66	hydroxyzine hcl	62
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	66	hydroxyzine pamoate	62
HUMALOG KWIKPEN U-100	66	HYZAAR	76
HUMALOG KWIKPEN U-200	66		
HUMALOG MIX 50-50	66	I	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	66	ibandronate sodium	115
HUMALOG MIX 75-25	66	IBRANCE	42
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	66	ibu	11
HUMALOG TEMPO PEN U-100	66	ibuprofen	11
HUMATIN	16	icatibant	108
HUMIRA	111	iclevia	101
HUMIRA PEN	111	ICLUSIG	42
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS	111	icosapent ethyl	79,80
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS	111	idarubicin hcl	38
HUMIRA(CF)	111	IDHIFA	42

IFEX	38	INVEGA HAFYERA	52
ifosfamide	38	INVEGA SUSTENNA	52
ILARIS	109	INVEGA TRINZA	52,53
ILEVRO	118	INVELTYS	118
imatinib mesylate	42	IPOL	112
IMBRUVICA	42	ipratropium bromide	121
IMFINZI	47	ipratropium-albuterol	124
imipenem-cilastatin sodium	20	irbesartan	71
imipramine hcl	30	irbesartan-hydrochlorothiazide	76
imiquimod	87	IRESSA	43
IMITREX	33	irinotecan hcl	40
IMLYGIC	38	ISENTRESS	56
IMOVAX RABIES VACCINE	112	ISENTRESS HD	56
IMPAVIDO	17	isibloom	102
IMURAN	111	isoniazid	34
INBRIJA	50	ISOPROPYL ALCOHOL 0.7 ML/ML MEDICATED PAD	64
incassia	106	ISORDIL TITRADOSE	80
INCRELEX	98	isosorbide dinitrate	80
INCRUSE ELLIPTA	121	isosorbide mononitrate	80
indapamide	78	isosorbide mononitrate er	80
INDERAL LA	73	isotretinoin	84
INDERAL XL	73	isradipine	74
indomethacin	11	ISTALOL	118
INFANRIX DTAP	112	ISTODAX	38
INLYTA	42	itraconazole	32
INNOPRAN XL	73	ivabradine hcl	76
inpen (for humalog)	67	ivermectin	49,88
inpen (for novolog or fiasp)	67	IWILFIN	40
INQOVI	38	IXCHIQ	112
INREBIC	42	IXEMPRA	38
INSPRA	78	IXIARO	112
INSULIN PEN NEEDLE	67	J	
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML	67	JADENU	90
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML	67	JADENU SPRINKLE	90
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML	67	jaimiess	102
insulin syringe u-500	67	JAKAFI	43
INTELENCE	56	jantoven	69
INTRALIPID	90	JANUMET	64
introvale	101	JANUMET XR	64
INVANZ	20		
INVEGA	52		

JANUVIA	64	KINERET	109
JARDIANCE	64	KINRIX	113
jasmiel	102	kionex	91
javygtor	95	KISQALI	43
JAYPIRCA	43	KISQALI FEMARA CO-PACK	38
JEMPERLI	47	KLARON	85
jencycla	106	klayesta	32
JENTADUETO	64	KLOR-CON 10	89
JENTADUETO XR	64	KLOR-CON 8	89
JEVTANA	43	klor-con m10	89
jolessa	102	KLOR-CON M15	89
juleber	102	klor-con m20	89
JULUCA	56	KLOXXADO	15
junel	102	KOMBIGLYZE XR	64
junel fe	102	KORLYM	107
junel fe 24	102	KOSELUGO	43
JUXTAPID	80	kourzeq	84
JYNNEOS	112	KRAZATI	43
JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE)	113	kurvelo	102
K		KUVAN	95
KADCYLA	47	KYPROLIS	43
kaitlib fe	102	L	
KALETRA	59	l-glutamine	95
kalliga	102	labetalol hcl	73
KALYDECO	121	lacosamide	25
KANJINTI	47	LACRISERT	117
kariva	102	lactated ringers	89
kcl-d5w-0.2% nacl	89	lactulose	92
kcl-d5w-0.225% nacl	89	LAGEVRIO (COMMERCIAL)	124
kcl-d5w-0.45% nacl	89	LAGEVRIO (USG Dist.)	124
kelnor 1-35	102	LAMICTAL	22
kelnor 1-50	102	LAMICTAL (BLUE)	22
kemoplat	38	lamivudine	57,60
KEPIVANCE	84	lamivudine hbv	60
KEPPRA	22	lamivudine-zidovudine	57
KERENDIA	78	lamotrigine	22
KESIMPTA PEN	83	lamotrigine (blue)	22
ketoconazole	32	lamotrigine er	23
ketorolac tromethamine	118	LANOXIN	76
KEYTRUDA	47	lansoprazole	94

lanthanum carbonate	91	levorphanol tartrate	12
LANTUS	67	levothyroxine sodium	107
LANTUS SOLOSTAR	67	LEVOXYL	107
lapatinib	43	LEXAPRO	29
larin	102	LEXIVA	59
larin 24 fe	102	LIALDA	114
larin fe	102	LIBERVANT	24
larissia	102	LIBTAYO	47
LASIX	78	lidocaine	14
latanoprost	119	lidocaine hcl	14,72,125
LATUDA	53	lidocaine hcl laryngotracheal 4% solution	14
LAYOLIS FE	102	lidocaine hcl viscous	14
LAZCLUZE	43	lidocaine-prilocaine	14
ledipasvir-sofosbuvir	60	lidocan iii	14
leena	102	LIDODERM	14
leflunomide	111	LILETTA	97
lenalidomide	36	lillow	102
lentocilin s	19	lindane	88
LENVIMA	43	linezolid	17
lessina	102	linezolid-0.9% nacl	17
LETAIRIS	122	linezolid-d5w	17
letrozole	40	LINZESS	92
leucovorin calcium	38	liothyronine sodium	107
LEUKERAN	35	LIPITOR	79
LEUKINE	69	lisdexamfetamine dimesylate	81
leuprolide acetate	107	lisinopril	72
leuprolide depot	107	lisinopril-hydrochlorothiazide	76
levetiracetam	23	lithium carbonate	62
levetiracetam er	23	lithium carbonate er	62
levetiracetam-nacl	23	lithium citrate	62
LEVO-T	107	LITHOBID	62
levobunolol hcl	118	lo-zumandimine	102
levocarnitine	95	LOCOID LIPOCREAM	86
levocarnitine sf	95	LOESTRIN	102
levocetirizine dihydrochloride	120	LOESTRIN FE	102
levofloxacin	21	lojaimiess	103
levofloxacin-d5w	21	LONSURF	39
levonest	102	loperamide	92
levonorg-eth estrad eth estrad	102	LOPID	78
levonorgestrel-eth estradiol	102	lopinavir-ritonavir	59
levora-28	102	LOPRESSOR	73

LOPROX.....	32
lorazepam.....	62
lorazepam intensol.....	62
LORBRENA.....	43
loryna.....	103
losartan potassium.....	71
losartan-hydrochlorothiazide.....	77
LOSEASONIQUE.....	103
LOTENSIN.....	72
LOTENSIN HCT.....	77
LOTRONEX.....	92
lovastatin.....	79
LOVAZA.....	80
LOVENOX.....	69
low-ogestrel.....	103
loxapine.....	51
lubiprostone.....	92
LUMAKRAS.....	43
LUMIGAN.....	119
LUMIZYME.....	95
LUMOXITI.....	47
LUMRYZ.....	125
LUMRYZ STARTER PACK.....	125
LUPRON DEPOT.....	107
LUPRON DEPOT (LUPANETA).....	107
LUPRON DEPOT-PED.....	107
lurasidone hcl.....	53
lutra.....	103
LYBALVI.....	53
lyleq.....	106
lyllana.....	99
LYNPARZA.....	43
LYRICA.....	23
LYSODREN.....	107
LYTGOBI.....	43
LYUMJEV.....	67
LYUMJEV KWIKPEN U-100.....	67
LYUMJEV KWIKPEN U-200.....	67
LYUMJEV TEMPO PEN U-100.....	67
lyza.....	106

M

M-M-R II VACCINE.....	113
magnesium sulfate.....	89
MALARONE.....	49
malathion.....	88
maraviroc.....	58
MARGENZA.....	47
marlissa.....	103
MARPLAN.....	27
MATULANE.....	35
matzim la.....	75
MAXALT.....	33
MAXALT MLT.....	33
MAXITROL.....	116
MAXZIDE.....	77
MAXZIDE-25 MG.....	77
MAYZENT.....	83
meclizine hcl.....	30
MEDROL.....	98
medroxyprogesterone acetate.....	106
mefloquine hcl.....	49
megestrol acetate.....	106
MEKINIST.....	43,44
MEKTOVI.....	44
meloxicam.....	11
melphalan hcl.....	35
memantine hcl.....	26
memantine hcl er.....	26
MENACTRA.....	113
MENEST.....	100
MENQUADFI.....	113
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP.....	113
mercaptopurine.....	37
meropenem.....	20
meropenem-0.9% nacl.....	20
merzee.....	103
mesalamine.....	114
mesalamine dr.....	114
mesalamine er.....	114
mesna.....	49

MESNEX.....	49	mifepristone.....	107
MESTINON.....	34	miglustat.....	95
metformin hcl.....	64	MIGRANAL.....	33
metformin hcl er.....	64	mili.....	103
methadone hcl.....	12	mimvey.....	103
methazolamide.....	77	MINIPRESS.....	71
methenamine hippurate.....	17	minocycline hcl.....	22
methimazole.....	108	minoxidil.....	80
methocarbamol.....	124	MIRCETTE.....	103
methotrexate.....	111	mirtazapine.....	27
methotrexate sodium.....	111	misoprostol.....	94
methoxsalen.....	87	mitomycin.....	39
methscopolamine bromide.....	92	mitoxantrone hcl.....	39
methsuximide.....	23	modafinil.....	125
methylergonovine maleate.....	97	moexipril hcl.....	72
methylphenidate er.....	82	molindone hcl.....	51
methylphenidate hcl.....	82	mometasone furoate.....	86,120
methylprednisolone.....	98	mondoxyne nl.....	22
methylprednisolone sodium succ.....	98	MONJUVI.....	47
methyltestosterone.....	99	mono-linyah.....	103
metoclopramide hcl.....	93	montelukast sodium.....	120
metolazone.....	78	morphine sulfate.....	13
metoprolol succinate.....	73	morphine sulfate er.....	12
metoprolol tartrate.....	73	MOUNJARO.....	64
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	77	MOVANTIK.....	92
METRO IV.....	17	MOVIPREP.....	93
METROCREAM.....	88	MOXEZA.....	117
METROGEL.....	88	moxifloxacin.....	21,117
METROLOTION.....	88	moxifloxacin hcl.....	21
metronidazole.....	17,88	MOZOBIL.....	69
metyrosine.....	77	MRESVIA.....	113
mexiletine hcl.....	72	MULTAQ.....	72
MIACALCIN.....	115	mupirocin.....	88
micafungin.....	32	MUTAMYCIN.....	39
micafungin-0.9% nacl.....	32	MVASI.....	47
MICARDIS.....	71	MYALEPT.....	93
MICARDIS HCT.....	77	MYCOBUTIN.....	34
microgestin.....	103	mycophenolate mofetil.....	111
microgestin 24 fe.....	103	mycophenolic acid.....	111
microgestin fe.....	103	MYFORTIC.....	111
midodrine hcl.....	70	MYHIBBIN.....	111

MYLOTARG	47
myorisan	85
MYRBETRIQ	96
MYSOLINE	24

N

nabumetone	11
nadolol	74
nafcillin	19
nafcillin sodium	19
NAGLAZYME	95
naloxone hcl	15
naltrexone hcl	15
NAMENDA	26
naproxen	11
naproxen sodium	11,12
naratriptan hcl	33
NARCAN	15
NARDIL	27
NATACYN	117
nateglinide	64
NATPARA	115
NAYZILAM	24
nebivolol hcl	74
NEBUPENT	49
necon	103
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	67
nefazodone hcl	29
nelarabine	39
neo-polycin	117
neo-polycin hc	116
neomycin sulfate	16
neomycin-bacitracin-poly-hc	116
neomycin-bacitracin-polymyxin	117
neomycin-polymyxin b	17
neomycin-polymyxin-dexameth	116
neomycin-polymyxin-gramicidin	117
neomycin-polymyxin-hc	119
neomycin-polymyxin-hydrocort	119
NEORAL	111
NERLYNX	44

NEUPRO	50
NEURONTIN	24
nevirapine	57
nevirapine er	57
NEXAVAR	44
NEXIUM	94
NEXIUM I.V.	94
niacin er	80
nicardipine hcl	74
NICOTROL	15
NICOTROL NS	15
nifedipine er	74
nikki	103
NILANDRON	35
nilutamide	36
nimodipine	74
NINLARO	39
NIPENT	39
nisoldipine	74
nitazoxanide	49
nitisinone	95
NITRO-BID	80
nitrofurantoin	17
nitrofurantoin mono-macro	17
nitroglycerin	80
nitroglycerin patch	81
NITROLINGUAL	81
NITROSTAT	81
NIVESTYM	69
nizatidine	93
nora-be	106
norethin-eth estra-ferrous fum	103
norethindron-ethinyl estradiol	103
norethindrone	106
norethindrone ac (lupaneta)	106
norethindrone acetate	106
norethindrone-e.estradiol-iron	103
norgestimate-ethinyl estradiol	103
norlyda	106
NORPRAMIN	30
NORTHERA	71

nortrel.....	103	olmesartan-hydrochlorothiazide.....	77
nortriptyline hcl.....	30	olopatadine hcl.....	117,120
NORVASC.....	74	omega-3 acid ethyl esters.....	80
NORVIR.....	59	omeprazole.....	94
novopen echo.....	67	omnipod 5 (g6/libre 2 plus).....	67
NOXAFIL.....	32	omnipod 5 dexg7g6 intro(gen 5).....	67
NUBEQA.....	36	omnipod 5 dexg7g6 pods (gen 5).....	67
NUDEXTA.....	82	omnipod 5 g6-g7 intro kt(gen5).....	67
NULOJIX.....	109	omnipod 5 g6-g7 pods (gen 5).....	67
NULYTELY.....	93	omnipod 5 intro(g6/libre2plus).....	67
NUPLAZID.....	53	omnipod classic pods (gen 3).....	67
NURTEC ODT.....	33	omnipod dash intro kit (gen 4).....	67
NUTRILIPID.....	90	omnipod dash pdm kit (gen 4).....	67
NUVARING.....	103	omnipod dash pods (gen 4).....	67
NUVIGIL.....	125	omnipod go pods.....	68
NUZYRA.....	22	OMNITROPE.....	98
nyamyc.....	32	ONCASPAR.....	39
nylia.....	103	ondansetron hcl.....	31
nymyo.....	103	ondansetron odt.....	31
nystatin.....	32	ONFI.....	24
nystatin-triamcinolone.....	87	ONGLYZA.....	64
nystop.....	32	ONIVYDE.....	40
O		ONTRUZANT.....	48
OCALIVA.....	93	ONUREG.....	39
ocella.....	103	OPDIVO.....	48
octreotide acetate.....	107	OPSUMIT.....	122
octreotide acetate er.....	107	ORACEA.....	85
OCUFLOX.....	117	ORALAIR.....	124
ODEFSEY.....	57	oralone.....	84
ODOMZO.....	44	ORENCIA.....	109
OFEV.....	123	ORENCIA CLICKJECT.....	109
ofloxacin.....	21,117,119	ORFADIN.....	95
OGIVRI.....	48	ORGOVYX.....	107
OGSIVEO.....	44	ORKAMBI.....	122
OJEMDA.....	44	ORSERDU.....	36
OJJAARA.....	44	orsythia.....	103
olanzapine.....	53	oseltamivir phosphate.....	60
olanzapine odt.....	53	OTEZLA.....	87
olmesartan medoxomil.....	71,72	OVIDE.....	88
olmesartan-amlodipine-hctz.....	77	oxaliplatin.....	39
		oxaprozin.....	12

oxazepam	62	penicillin gk-iso-osm dextrose	20
oxcarbazepine	25	penicillin v potassium	20
oxybutynin chloride	96	PENTACEL	113
oxybutynin chloride er	96	PENTAM 300	49
oxycodone hcl	14	pentamidine isethionate	49,50
oxycodone-acetaminophen	14	PENTASA	114
OZEMPIC	64	pentoxifylline	77
P			
pacerone	73	perindopril erbumine	72
paclitaxel	39	periogard	84
PADCEV	48	PERJETA	48
paliperidone er	53	permethrin	88
palonosetron hcl	31	perphenazine	30
PALYNZIQ	95	PERSERIS	53
PANRETIN	48	pfizerpen	20
pantoprazole sodium	94	phenelzine sulfate	27
paraplatin	39	phenobarbital	24
paricalcitol	115	phenobarbital sodium	25
PARNATE	27	phenoxybenzamine hcl	71
paromomycin sulfate	16	PHENYTEK	25
paroxetine cr	29	phenytoin	25
paroxetine er	29	phenytoin sodium extended	25
paroxetine hcl	29	PHESGO	48
PAXIL	29	philith	103
PAXLOVID	124	PIFELTRO	57
pazopanib hcl	44	pilocarpine hcl	84,119
PEDIARIX	113	pimecrolimus	86
PEDVAXHIB	113	pimozide	51
peg 3350-electrolyte	93	pimtrea	104
peg-3350 and electrolytes	93	pindolol	74
peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c	93	pioglitazone hcl	64
PEGASYS	110	pioglitazone-glimepiride	65
PEMAZYRE	44	pioglitazone-metformin	65
pemetrexed	39	piperacillin-tazobactam	20
pemetrexed disodium	39	PIQRAY	44
pen needle	125	pirfenidone	123
PENBRAYA	113	pirmella	104
penicillamine	97	piroxicam	12
penicillin g potassium	19	PLAQUENIL	50
penicillin g sodium	20	PLAVIX	70
		PLEGRIDY	83
		PLEGRIDY PEN	83

plerixafor.....	70	PRIFTIN.....	34
podofilox.....	87	primaquine.....	50
POLIVY.....	48	primidone.....	25
polycin.....	117	PRIORIX.....	113
polymyxin b sul-trimethoprim.....	117	PRISTIQ.....	29
POMALYST.....	36	PROAIR HFA.....	121
portia.....	104	PROAIR RESPICLICK.....	121
PORTRAZZA.....	48	probenecid.....	33
posaconazole.....	32	probenecid-colchicine.....	33
potassium chloride.....	89	PROCARDIA XL.....	74
potassium chloride in d5lr.....	89	prochlorperazine.....	30
potassium chloride proamp.....	89	prochlorperazine edisylate.....	30
potassium chloride-0.45% nacl.....	89	prochlorperazine maleate.....	31
potassium chloride-dextrose 5%.....	89	PROCRIT.....	70
potassium citrate er.....	89	procto-med hc.....	115
POTELIGEO.....	48	procto-pak.....	115
PRADAXA.....	69	proctosol-hc.....	115
pramipexole dihydrochloride.....	50	proctozone-hc.....	115
prasugrel hcl.....	70	progesterone.....	106
pravastatin sodium.....	79	PROGLYCEM.....	66
praziquantel.....	49	PROGRAF.....	111
prazosin hcl.....	71	PROLASTIN C.....	95
PRED FORTE.....	118	PROLENSA.....	118
PRED MILD.....	118	PROLIA.....	115
prednicarbate.....	87	PROMACTA.....	70
prednisolone.....	98	promethazine hcl.....	31
prednisolone acetate.....	118	promethegan.....	31
prednisolone sodium phosphate.....	98,118	propafenone hcl.....	73
prednisone.....	98	propafenone hcl er.....	73
pregabalin.....	23,24	propranolol hcl.....	74
PREGNYL.....	98	propranolol hcl er.....	74
PREHEVBRIO.....	113	propylthiouracil.....	108
PREMARIN.....	100	PROQUAD.....	113
PREMPHASE.....	104	PROSCAR.....	97
PREMPRO.....	104	PROTONIX.....	94
PREVACID.....	94	protriptyline hcl.....	30
prevalite.....	80	PROVERA.....	106
previfem.....	104	PROZAC.....	29
PREVYMIS.....	60	PRUDOXIN.....	87
PREZCOBIX.....	59	PULMOZYME.....	122
PREZISTA.....	59	PURIXAN.....	37

PYLERA	93
pyrazinamide	34
pyridostigmine bromide	34
pyridostigmine bromide er	34
pyrimethamine	50

Q

QINLOCK	44
QUADRACEL DTAP-IPV	113
quetiapine fumarate	53
quetiapine fumarate er	53
quinapril hcl	72
quinapril-hydrochlorothiazide	77
quinidine gluconate	73
quinidine sulfate	73
quinine sulfate	50
QVAR REDIHALER	120

R

RABAVERT	113
rabeprazole sodium	94
raloxifene hcl	106
ramelteon	124
ramipril	72
ranolazine er	77
RAPAFLO	97
RAPAMUNE	111
rasagiline mesylate	51
reclipsen	104
RECOMBIVAX HB	113
RECTIV	81
REGLAN	93
REGRANEX	87
RELAFEN	12
RELENZA	61
RELISTOR	92
REMERON	27
REMODULIN	122
RENFLEXIS	111
RENEVELA	91
repaglinide	65

REPATHA PUSHTRONEX	80
REPATHA SURECLICK	80
REPATHA SYRINGE	80
RESTASIS	116
RESTASIS MULTIDOSE	116
RETACRIT	70
RETEVMO	44
RETIN-A	85
RETROVIR	57,58
REVCOVI	95
REVLIMID	36
REXULTI	53
REYATAZ	59
REZLIDHIA	44
RHOPRESSA	119
RIABNI	48
ribavirin	60,124
RIDAURA	109
rifabutin	34
RIFADIN	34
rifampin	34
riluzole	83
RINVOQ	109
RINVOQ LQ	109
risedronate sodium	115
risedronate sodium dr	115
RISPERDAL	53,54
RISPERDAL CONSTA	54
risperidone	54
risperidone er	54
risperidone odt	54
RITALIN	82
ritonavir	59
RITUXAN	48
RITUXAN HYCELA	48
rivastigmine	26
rizatriptan	34
ROCALTROL	115
ROCKLATAN	119
roflumilast	122
romidepsin	39

ropinirole er	50	SELZENTRY	58
ropinirole hcl	50	SENSIPAR	116
rosadan	88	SEREVENT DISKUS	121
rosuvastatin calcium	79	SEROQUEL	54
ROTARIX	113	SEROQUEL XR	54
ROTATEQ	113	sertraline hcl	29
ROWASA	114	setlakin	104
roweepra	23	sevelamer carbonate	91
ROXICODONE	14	SFROWASA	114
ROZEREM	124	sharobel	106
ROZLYTREK	44	SHINGRIX	113
RUBRACA	44	SIGNIFOR	108
rufinamide	25	SIGNIFOR LAR	108
RUKOBIA	58	sildenafil citrate	123
RUXIENCE	48	SILENOR	124
RYBELSUS	65	silodosin	97
RYBREVANT	48	SILVADENE	87
RYDAPT	44	silver sulfadiazine	87
RYLAZE	39	SIMBRINZA	119
RYTARY	50	simliya	104
RYTHMOL SR	73	simpesse	104
S		SIMULECT	112
SABRIL	25	simvastatin	79
sajazir	108	SINEMET	51
SALAGEN	84	SINEMET 10-100	51
SAMSCA	90	SINEMET 25-100	51
SANDIMMUNE	111	SINGULAIR	121
SANDOSTATIN LAR DEPOT	108	sirolimus	112
SANTYL	87	SIRTURO	34
SAPHRIS	54	SIVEXTRO	17
sapropterin dihydrochloride	95	SKYLA	97
SARCLISA	48	SKYRIZI	109
saxagliptin hcl	65	SKYRIZI ON-BODY	109
saxagliptin-metformin er	65	SKYRIZI PEN	109
SCEMBLIX	44,45	sod sulf-potass sulf-mag sulf	93
scopolamine	31	sodium chloride	90
SEASONIQUE	104	sodium chloride-water	90
SECUADO	54	sodium oxybate	125
selegiline hcl	51	sodium phenylbutyrate	95
selenium sulfide	87	sodium polystyrene sulfonate	91
		sofosbuvir-velpatasvir	60

solifenacin succinate	96	sulfacetamide-prednisolone	116
SOLIQUA 100-33	65	sulfadiazine	21
SOLTAMOX	36	sulfamethoxazole-trimethoprim	21
SOLU-MEDROL	98	sulfasalazine	114
SOMATULINE DEPOT	108	sulfasalazine dr	114
SOMAVERT	108	sulindac	12
SOOLANTRA	88	sumatriptan	34
sorafenib	45	sumatriptan succinate	34
sorine	73	sunitinib malate	45
sotalol	73	SUNLENCA	58
sotalol af	73	SUPRAX	19
SOVALDI	60	SUPREP	93
SPIRIVA HANDIHALER	121	SUTAB	93
SPIRIVA RESPIMAT	121	SUTENT	45
spironolactone	78	syeda	104
spironolactone-hctz	77	SYMFI	57
SPORANOX	32	SYMFI LO	57
SPRAVATO	27	SYMLINPEN 120	65
sprintec	104	SYMLINPEN 60	65
SPRITAM	23	SYMPAZAN	25
SPRYCEL	45	SYMTUZA	59
SPS	91	SYNAGIS	108
sronyx	104	SYNAREL	108
SSD	88	SYNJARDY	65
STAMARIL	113	SYNJARDY XR	65
stavudine	58	SYNRIBO	39
STELARA	109	SYNTHROID	107
STIOLTO RESPIMAT	124	SYPRINE	90
STIVARGA	45		
STRATTERA	82	T	
STRENSIQ	95	TABLOID	37
streptomycin sulfate	16	TABRECTA	45
STRIBILD	56	tacrolimus	87,112
STROMECTOL	49	tadalafil	123
SUBLOCADE	15	TAFINLAR	45
SUBOXONE	15	TAGRISSO	45
subvenite	23	TALZENNA	45
subvenite (blue)	23	TAMIFLU	61
sucalfate	94	tamoxifen citrate	36
SULAR	74	tamsulosin hcl	97
sulfacetamide sodium	85,117	taperdex	98

TARCEVA.....	45	testosterone enanthate.....	99
TARGRETIN.....	48	tetrabenazine.....	83
tarina 24 fe.....	104	tetracycline hcl.....	22
tarina fe.....	104	THALOMID.....	36
tarina fe 1-20 eq.....	104	THEO-24.....	122
TASIGNA.....	45	theophylline anhydrous.....	122
tasimelteon.....	124	theophylline er.....	122
TASMAR.....	50	thioridazine hcl.....	51
taysofy.....	105	thiotepa.....	39
tazarotene.....	85	thiothixene.....	51
tazicef.....	19	THYMOGLOBULIN.....	108
TAZORAC.....	85	tiadylt er.....	75
taztia xt.....	75	tiagabine hcl.....	25
TAZVERIK.....	45	TIAZAC.....	75
TDVAX.....	113	TIBSOVO.....	45
TECENTRIQ.....	48	TICOVAC.....	113
TECFIDERA.....	83	tigecycline.....	17
TEFLARO.....	19	TIKOSYN.....	73
TEGRETOL.....	26	tilia fe.....	104
TEGRETOL XR.....	26	timolol maleate.....	74,118
TEKTURNA.....	77	TIMOPTIC.....	118
telmisartan.....	72	TIMOPTIC OCUDOSE.....	118
telmisartan-amlodipine.....	77	TIROSINT.....	107
telmisartan-hydrochlorothiazid.....	77	TIROSINT-SOL.....	107
temazepam.....	124	TIVICAY.....	56
TEMODAR.....	35	TIVICAY PD.....	56
temsirolimus.....	45	tizanidine hcl.....	56
tencon.....	10	TOBRADEX.....	116
TENIVAC.....	113	tobramycin.....	117,122
tenofovir disoproxil fumarate.....	58	tobramycin sulfate.....	16
TENORETIC 100.....	77	tobramycin-dexamethasone.....	116
TENORETIC 50.....	77	tolcapone.....	50
TENORMIN.....	74	tolterodine tartrate.....	96
TEPMETKO.....	45	tolterodine tartrate er.....	96
terazosin hcl.....	71	tolvaptan.....	90
terbinafine hcl.....	32	topiramate.....	23
terbutaline sulfate.....	121	toposar.....	40
terconazole.....	32	topotecan hcl.....	40
TERIPARATIDE.....	116	TOPROL XL.....	74
testosterone.....	99	toremifene citrate.....	36
testosterone cypionate.....	99	TORISEL.....	45

torpenz	45	triamcinolone acetonide	84,87
torse mide	78	triamterene-hydrochlorothiazid	77
TOUJEO MAX SOLOSTAR	68	TRIBENZOR	77
TOUJEO SOLOSTAR	68	triderm	87
TOVIAZ	96	trientine hcl	90
TRACLEER	123	trifluoperazine hcl	51
TRADJENTA	65	trifluridine	117
tramadol hcl	14	TRIKAFTA	122
tramadol hcl er	12	triklo	80
tramadol hcl-acetaminophen	14	TRILEPTAL	26
trandolapril	72	trimethoprim	17
trandolapril-verapamil er	77	trimipramine maleate	30
tranexamic acid	70	TRINTELLIX	29
tranylcypromine sulfate	27	TRISENOX	39
TRAVASOL	90	TRIUMEQ	58
TRAVATAN Z	119	TRIUMEQ PD	58
travoprost	119	trivora-28	105
TRAZIMERA	48	TRIZIVIR	58
trazodone hcl	29	TRODELVY	48
TREANDA	39	TROGARZO	58
TRECTOR	35	TROPHAMINE	90
TRELEGY ELLIPTA	124	trospium chloride	96
TRELSTAR	108	trospium chloride er	96
TREMFYA	109	TRULICITY	65
TREMFYA PEN	109	TRUMENBA	113
treprostinil	123	TRUQAP	45
tretinoin	49,85	TRUVADA	58
tri femynor	104	TRUXIMA	48
tri-estarylla	104	TUKYSA	45,46
tri-legest fe	104	tulana	106
tri-linyah	104	TURALIO	46
tri-lo-estarylla	104	turqoz	105
tri-lo-marzia	104	TWINRIX	113
tri-lo-mili	104	TYBLUME	105
tri-lo-sprintec	104	TYBOST	58
tri-mili	104	tydemy	105
tri-nymyo	104	TYGACIL	17
tri-previfem	104	TYKERB	46
tri-sprintec	104	TYMLOS	116
tri-vylibra	105	TYPHIM VI	113
tri-vylibra lo	105	TYSABRI	84

U

UBRELVY	33
UDENYCA	70
UDENYCA AUTOINJECTOR	70
UDENYCA ONBODY	70
UNITHROID	107
UNITUXIN	48
ursodiol	93
UZEDY	54

V

v-go 20	68
v-go 30	68
v-go 40	68
VAGIFEM	100
valacyclovir	61
VALCHLOR	35
VALCYTE	60
valganciclovir hcl	60
valproate sodium	23
valproic acid	23
valsartan	72
valsartan-hydrochlorothiazide	77
VALTOCO	25
VALTREX	61
vancomycin	17
vancomycin hcl	18
vancomycin hcl-0.9% nacl	18
vancomycin hcl-d5w	18
VANDAZOLE	18
VANFLYTA	46
VAQTA	113
varenicline tartrate	15
VARIVAX VACCINE	113
VASCEPA	80
VASERETIC	77
VASOTEC	72
VAXCHORA VACCINE	113
VECTIBIX	48
VEGZELMA	48

VELCADE	46
velivet	105
VELPHORO	91
VELTASSA	91
VENCLEXTA	46
VENCLEXTA STARTING PACK	46
venlafaxine besylate er	29
venlafaxine hcl	29
venlafaxine hcl er	30
VENTAVIS	123
VENTOLIN HFA	121
verapamil er	75
verapamil er pm	75
verapamil hcl	75
verapamil sr	75
VERELAN	75
VERELAN PM	75
VERQUVO	77
VERSACLOZ	55
VERZENIO	46
vestura	105
VFEND IV	32
vgo 20	68
vgo 30	68
vgo 40	68
VIBERZI	92
VIBRAMYCIN	22
VICTOZA 2-PAK	65
VICTOZA 3-PAK	65
vienva	105
vigabatrin	25
vigadrone	25
VIGAFYDE	25
VIGAMOX	117
vigpoder	25
VIIBRYD	30
vilazodone hcl	30
VIMPAT	26
vinblastine sulfate	39
vincasar pfs	39
vincristine sulfate	39

vinorelbine tartrate	39
viorele	105
VIRACEPT	60
VIREAD	58
VITRAKVI	46
VIVITROL	15
VIZIMPRO	46
volnea	105
VONJO	46
VORANIGO	46
voriconazole	32
VOSEVI	60
VOTRIENT	46
VPRIV	96
VRAYLAR	54
VUMERITY	84
vyfemla	105
vylibra	105
VYNDAMAX	96
VYNDAQEL	96
VYTORIN	80
VYVANSE	81
VYXEOS	39

W

warfarin sodium	69
water	91
WELIREG	39
WELLBUTRIN SR	27
WELLBUTRIN XL	27
wera	105
wixela inhub	124
wymzya fe	105

X

XALKORI	46
XARELTO	69
XATMEP	112
XCOPRI	23
XELJANZ	109
XELJANZ XR	109

XENAZINE	83
XERMELO	92
XGEVA	116
XHANCE	120
XIFAXAN	93
XIGDUO XR	65
XOFLUZA	61
XOLAIR	110
XOPENEX HFA	121
XOSPATA	46
XPOVIO	39,40
XTANDI	36
XYLOCAINE	14
XYLOCAINE-MPF	14

Y

yargesa	96
YASMIN 28	105
YAZ	105
YERVOY	48
YF-VAX	114
YONDELIS	35
YONSA	36
yuvafem	100

Z

zafirlukast	121
zaleplon	124
ZALTRAP	36
ZANOSAR	40
zarah	105
ZARONTIN	24
ZEBUTAL	10
ZEJULA	46
ZELBORAF	46
ZEMPLAR	116
zenatane	85
ZENPEP	96
zenzedi	81
ZEPATIER	60
ZEPZELCA	35

ZESTORETIC.....	78
ZESTRIL.....	72
ZETIA.....	80
ZIAC.....	78
ZIAGEN.....	58
zidovudine.....	58
ZIEXTENZO.....	70
ziprasidone hcl.....	54,55
ziprasidone mesylate.....	55
ZIRABEV.....	48
ZITHROMAX.....	21
ZITHROMAX TRI-PAK.....	21
ZOCOR.....	79
ZOKINVY.....	96
zoledronic acid.....	116
ZOLINZA.....	40
zolmitriptan odt.....	34
ZOLOFT.....	30
zolpidem tartrate.....	125
ZONALON.....	87
ZONEGRAN.....	26
ZONISADE.....	26
zonisamide.....	26
ZONTIVITY.....	69
ZORTRESS.....	112
ZOSYN.....	20
zovia 1-35.....	105
ZOVIRAX.....	61
ZTALMY.....	25
ZTLIDO.....	15
zumandimine.....	105
ZURZUVAE.....	27
ZYDELIG.....	46
ZYKADIA.....	46
ZYLOPRIM.....	33
ZYNLONTA.....	48
ZYPREXA.....	55
ZYPREXA RELPREVV.....	55
ZYPREXA ZYDIS.....	55
ZYVOX.....	18

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. 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 panggagamot. 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 1-888-426-2774. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

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 Italianovi 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 oswa 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)

**Hamaspik Medicare Select (HMO DSNP) y
Hamaspik Medicare Choice (HMO DSNP)
Formulario para 2024
(Lista de medicamentos cubiertos)**

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

HPMS Approved Formulary File Submission ID 24401, Version Number 18

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

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