

Hamaspik Medicare Select (HMO-DSNP)

y

Hamaspik Medicare Choice (HMO-DSNP)

Formulario 2026

(Lista de medicamentos cubiertos o “Lista de medicamentos”)

**POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

ID de presentación del archivo del formulario aprobado por HPMS: 26303

Este formulario se actualizó el 01/05/2026.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio para afiliados de Hamaspik Medicare Select y 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. to 8:00 p. m., del 1 de octubre de 2025 al 31 de marzo de 2026; y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., desde el 1 de abril de 2026 hasta el 30 de septiembre de 2026, o visite www.hamaspik.com.

Nota para los afiliados actuales:

Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de Medicamentos (formulario) se refiere a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Hamaspik, Inc. Cuando se refiere a “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice.

Este documento incluye la Lista de Medicamentos (formulario) de nuestro plan, la cual está vigente al 01/05/2026. Para obtener una lista actualizada de medicamentos (formulario), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de Medicamentos (formulario), aparece en la portada y la contraportada.

Por lo general, debe utilizar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027 y, ocasionalmente, durante el transcurso del año.

¿Qué son los formularios Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?

En este documento usamos los términos Lista de medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice, en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice generalmente cubrirán los medicamentos incluidos en nuestro formulario siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia participante de la red y se cumplan las demás reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos del formulario durante el año, trasladarlos a diferentes niveles de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí: www.hamaspik.com.

Cambios que pueden afectarle este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por cambios en la cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo estamos reemplazando con una nueva versión específica del mismo medicamento que aparecerá en la misma cantidad o en menos farmacias. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero agregar inmediatamente nuevas restricciones.

Solo podemos realizar estos cambios inmediatos si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en el formulario (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que una farmacia puede sustituir por un producto biológico original sin una nueva receta).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato, pero posteriormente le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

Si realizamos dicho cambio, usted o la persona que emite la receta puede solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento que se está modificando. Para

obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?”

Puede que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento del mercado o si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que debe retirarse por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y posteriormente notificar a los afiliados que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los afiliados que actualmente toman algún medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del formulario al agregar un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original al agregar un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original. Es posible que realicemos cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario o agregamos autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, debemos notificar a los afiliados afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor. Alternativamente, cuando un afiliado solicita un surtido del medicamento, puede recibir un suministro del medicamento para 30 días y un aviso del cambio.

Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona que emite la receta puede solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?”

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si usted está tomando un medicamento incluido en nuestro formulario de 2026 que estaba cubierto al comienzo del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles con el mismo coste compartido y sin nuevas restricciones para los afiliados que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá un aviso directo sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, dichos cambios le afectarían, y es importante consultar el formulario del nuevo año de beneficios para comprobar si se han producido cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto está vigente al 01/05/2026. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 11. Los medicamentos incluidos en este formulario están agrupados en categorías según el tipo de condiciones médicas que se utilizan para tratar. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una condición cardíaca se incluyen en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en 9. Luego, busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página 126. El índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el índice figuran tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Junto al nombre de su medicamento, verá el número de página donde podrá encontrar información sobre la cobertura. Diríjase a la página que aparece en el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice cubren tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico es aquel que la FDA aprueba por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Existen sustitutos genéricos para muchos medicamentos de marca. Dependiendo de las leyes estatales, los medicamentos genéricos generalmente pueden sustituir a los de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta.

¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación tienen con los biosimilares?

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas llamadas biosimilares. En general, los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los de marca.

Para obtener información sobre los tipos de medicamentos, consulte la “Evidencia de cobertura”, Capítulo 5, Sección 3.1, “La 'Lista de medicamentos' indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos”.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice requieren que usted [o la persona que emite la receta] obtenga una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener la aprobación de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice limitan la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice proporcionan 3 unidades cada 28 días por receta de Ozempic. Esto puede ser adicional al suministro estándar de uno o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice requieren que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su condición médica, es posible que Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice no cubran el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, entonces cubriremos el tratamiento con el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional consultando el formulario que comienza en la página 11. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos que explican nuestras restricciones sobre autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y la contraportada.

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

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

Los medicamentos OTC son medicamentos que no requieren receta médica y que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre como beneficio adicional. (Este beneficio es independiente de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se describe en el Capítulo 4 de su Evidencia de cobertura). Algunos medicamentos de venta libre son más baratos que los medicamentos con receta y funcionan igual de bien. Para

obtener más información, llame a Servicio para afiliados. El costo de estos medicamentos OTC no se contabilizará dentro del total de sus costos de medicamentos de la Parte D.

¿Qué ocurre si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con el Servicio para afiliados y preguntar si su medicamento está cubierto. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y la contraportada.

Si descubre que Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice no cubren su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para afiliados 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 nosotros.
- Puedes solicitar a Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice que hagan una excepción y cubran su medicamento. Consulte a continuación la información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar una excepción al formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?

Puede solicitar a Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice que hagan una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puedes solicitarnos que cubramos un medicamento, aunque no esté incluido en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costos compartidos predeterminado, y usted no podrá solicitarnos que lo proporcionemos a un nivel de costos compartidos menor.
- Puede solicitarnos que le eximamos de alguna restricción de cobertura, incluyendo la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice limitan la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que eliminemos dicho límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice solo aprobarán su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, o la aplicación de la restricción, no serían tan efectivos para usted o le causarían efectos adversos.

Usted o la persona que emite la receta debe comunicarse con nosotros para solicitar una excepción a la lista de medicamentos, incluida una excepción a una restricción de cobertura. ***Cuando solicite una excepción, la persona que emite la receta deberá explicarle las razones médicas por las que necesita dicha excepción.*** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la

declaración de respaldo de la persona que emite la receta. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y nosotros estamos de acuerdo, que su salud podría verse seriamente perjudicada si espera hasta 72 horas para obtener una decisión. Si estamos de acuerdo, o si la persona que emite la receta solicita una decisión rápida, debemos darle una respuesta en un plazo máximo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de la persona que emite la receta.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene alguna restricción?

Como afiliado nuevo o recurrente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en nuestro formulario. O puede que esté tomando un medicamento que figura en nuestro formulario pero que tiene una restricción de cobertura, como la autorización previa. Debe hablar con la persona que emite la receta sobre la posibilidad de solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubrimos o solicitar una excepción a la lista de medicamentos para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el curso de acción adecuado para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días que sea afiliado a nuestro plan.

Por cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta es para menos días, le permitiremos solicitar resurtidos para proporcionarle un suministro máximo de medicamento para 30 días. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido afiliado al plan por menos de 90 días.

Si usted reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya han transcurrido los primeros 90 días de afiliación a nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras usted solicita una excepción a la lista de medicamentos.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice, revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas 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 la portada y la contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, 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 que aparece a continuación proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página 126.

La primera columna de la tabla enumera el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben con mayúscula inicial (por ejemplo, BRILINTA COMPRIMIDOS 60 MG) y los medicamentos genéricos se enumeran en minúsculas cursiva (por ejemplo, *bumetanida comprimidos 0,5 mg*).

La información de la columna Requisitos/Límites le indica si Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice tienen algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

LEGEND

QL	Quantity Limit	There is a limit on the amount of this drug that is covered per prescription, or within a specific time frame.
PA	Prior Authorization	You (or your physician) are required to get prior authorization before you fill your prescription for this drug. Without prior approval, we may not cover this drug.
ST	Step Therapy	In some cases, you may be required to first try certain drugs to treat your medical condition before we will cover another drug for that condition.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Analgesics		
Analgesics, Other		
<i>butalbital-acetaminophen butalbital-acetaminophn 50-325</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>butalbital-acetaminophen-caffe (50-300-40, 50-325-40)</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>butalbital-aspirin-caffeine cp</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ESGIC 50-325-40 MG CAPSULE	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>tencon</i>	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)
CELEBREX (50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
CELEBREX 400 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>celecoxib (50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg capsule</i>	1	QL (30 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 (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 1% gel</i>	1	
<i>diclofenac sodium 1.5% topical soln</i>	1	PA
<i>diclofenac sodium er</i>	1	QL (60 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 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>diclofenac sodium-misoprostol diclofenac-misoprost 50-0.2 mg</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ec-naproxen dr 375 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ec-naproxen dr 500 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>etodolac (400 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	1	QL (60 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 er (er 400 mg tablet, er 500 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>etodolac er 600 mg tablet</i>	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>indomethacin er</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ketorolac tromethamine 10 mg tablet</i>	1	
<i>lurbipr</i>	1	QL (90 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 (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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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 sodium 275 mg tab</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>naproxen sodium 550 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>oxaprozin</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>piroxicam 10 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>piroxicam 20 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sulindac</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)
<i>xyvona</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
Opioid Analgesics, Short-acting		
<i>acetaminophen-codeine #4 tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>acetaminophen-codeine (#2 tablet, #3 tablet)</i>	1	QL (360 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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

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)
ENDOCET (2.5-325 MG TABLET, 5-325 MG TABLET)	1	QL (360 PER 30 DAYS)
ENDOCET 10-325 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ENDOCET 7.5-325 MG TABLET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>fentanyl citrate (cit 1,600 mcg, citrate 200 mcg, citrate 400 mcg, citrate 800 mcg)</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-acetaminophen (5-300 mg, 5-325 mg)</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-acetaminophen (7.5, 7.5, 10-300 mg, 10-325 mg)</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-acetaminophen (hydrocodone-acetamin 2.5-108/5, hydrocodone-acetamin 5-217/10, hydrocodone-acetamn 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>morphine sulfate (10 mg/5 ml cup, 10 mg/5 ml soln)</i>	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate 100 mg/5 ml conc</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate 20 mg/5 ml soln</i>	1	QL (1350 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate ir 15 mg tab</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate ir 30 mg tab</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone hcl ((ir) 10 mg tab, (ir) 15 mg tab, (ir) 20 mg tab, (ir) 30 mg tab)</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone hcl (ir) 5 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone-acetaminophen (oxycodone-acetaminophen 5-325, oxycodone-acetaminophn 2.5-325)</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>oxycodone-acetaminophen 10</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone-acetaminophen oxycodone-acetaminophen 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>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 2% viscous soln</i>	1	
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine hcl laryngotracheal 4% solution</i>	1	
<i>lidocaine hcl viscous</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lidocan iii</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lidocan iv</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lidocan v</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
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 sl</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
---	---	----------------------

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>buprenorphine hcl 8 mg tablet sl</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine-naloxone (2-0.5mg fm, 2-0.5mg tb)</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine-naloxone (8-2 mg tab, 8-2mg film)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine-naloxone 12-3mg flm</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine-naloxone 4-1mg film</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>naltrexone hcl</i>	1	
SUBOXONE 12 MG-3 MG SL FILM	1	QL (90 PER 30 DAYS)
SUBOXONE 2 MG-0.5 MG SL FILM	1	QL (480 PER 30 DAYS)
SUBOXONE 4 MG-1 MG SL FILM	1	QL (240 PER 30 DAYS)
SUBOXONE 8 MG-2 MG SL FILM	1	QL (120 PER 30 DAYS)
VIVITROL	1	
Opioid Reversal Agents		
KLOXXADO	1	
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml syringe, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial, hcl 4 mg nasal spray)</i>	1	
NARCAN	1	
OPVEE	1	
REXTOVY	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	
Antibacterials		
Aminoglycosides		
<i>amikacin sulfate</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ARIKAYCE	1	PA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
<i>gentamicin sulfate (80 mg/2 ml vial, 800 mg/20 ml vial)</i>	1	
<i>gentamicin sulfate in ns (iso 100 mg/100 ml, iso 120 mg/100 ml, isoton 60 mg/50 ml, isoton 80 mg/100 ml, isoton 80 mg/50 ml)</i>	1	
HUMATIN	1	
<i>neomycin sulfate</i>	1	
<i>streptomycin sulfate</i>	1	
<i>tobramycin sulfate</i>	1	
Antibacterials, Other		
AZACTAM	1	
<i>aztreonam</i>	1	
CLEOCIN 2% VAGINAL CREAM	1	
CLEOCIN HCL	1	
CLEOCIN PHOSPHATE	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	
<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	
<i>dalbavancin hcl</i>	1	
DALVANCE	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>daptomycin 500 mg vial</i>	1	
<i>fosfomicin tromethamine</i>	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>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>tinidazole</i>	1	
<i>trimethoprim</i>	1	
TYGACIL	1	
<i>vancomycin hcl (1 gm add-van vial, 1 gm vial, hcl 5 gm vial, hcl 10 gm vial, hcl 100 gm smartpak, 500 mg add-van vial, 500 mg vial, 750 mg add-van vial, hcl 750 mg vial)</i>	1	
<i>vancomycin hcl 125 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>vancomycin hcl 250 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ZYVOX (100 MG/5 ML SUSPENSION, 600 MG TABLET)	1	PA
ZYVOX 600 MG/300 ML-D5W	1	
Beta-lactam, Cephalosporins		
<i>cefaclor (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cefadroxil</i>	1	
<i>cefazolin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 10 gm vial, 20 gm bulk vial, sod 100 gm bulk bag, sod 300 gm bulk bag, 500 mg vial)</i>	1	
<i>cefazolin sodium-dextrose 1 g/50 ml-dextrose</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	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	1	
<i>cefprozil</i>	1	
<i>ceftaroline fosamil</i>	1	
<i>ceftazidime (1 gm vial, 2 gm vial, 6 gm vial)</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	
<i>tazicef</i>	1	
TEFLARO	1	
Beta-lactam, Penicillins		
<i>amoxicillin</i>	1	
<i>amoxicillin-clavulanate pot er</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>amoxicillin-clavulanate potass (200-28.5 mg/5 ml sus, 250-125 mg tablet, 250-62.5 mg/5 ml sus, 400-57 mg/5 ml susp, 500-125 mg tablet, 600-42.9 mg/5 ml sus, 875-125 mg tablet)</i>	1	
<i>ampicillin sodium (1 gm add-vantage vl, 1 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm vial)</i>	1	
<i>ampicillin trihydrate 500 mg capsule</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam (ampicillin-sulb 3 gm add vial, ampicillin-sulbactam 3 gm vial)</i>	1	
BICILLIN L-A	1	
<i>dicloxacillin sodium</i>	1	
<i>nafcillin 2 gm/ 100 ml inj</i>	1	
<i>nafcillin sodium</i>	1	
<i>penicillin g potassium</i>	1	
<i>penicillin g sodium</i>	1	
<i>penicillin gk-iso-osm dextrose (2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml)</i>	1	
<i>penicillin v potassium</i>	1	
<i>pfizerpen</i>	1	
<i>piperacillin-tazobactam (piperacil-tazo 2.25 gm add vl, piperacil-tazo 3.375 gm add vl, piperacil-tazo 4.5 gm add vial, piperacil-tazobact 2.25 gm vl, piperacil-tazobact 3.375 gm vl, piperacil-tazobact 4.5 gm vial, piperacillin-tazo 2.25 g dplx, piperacillin-tazo 3.375 g dplx, piperacillin-tazo 4.5 g duplex)</i>	1	
ZOSYN 2.25 GM/50 ML GALAXY BAG	1	
Carbapenems		
<i>ertapenem</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin sodium</i>	1	
<i>meropenem (1 gm vial, 500 mg vial)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
<i>erythromycin (2% solution, 250 mg tablet, dr 250 mg cap, dr 250 mg tablet, dr 333 mg tablet, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet)</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml)</i>	1	
<i>erythromycin lactobionate</i>	1	
<i>fidaxomicin</i>	1	QL (20 PER 10 OVER TIME)
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 hcl (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, 750 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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 (20 ml cup, ds tablet, ss tablet, susp)</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	
<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	
<i>tetracycline hcl (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	1	
Anticonvulsants		
Anticonvulsants, Other		
BRIVIACT (10 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (600 PER 30 DAYS)
DEPAKOTE	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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 (2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	1	QL (680 PER 28 DAYS)
KEPPRA (100 MG/ML ORAL SOLN, 250 MG TABLET, 500 MG TABLET, 750 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	1	
LAMICTAL	1	
LAMICTAL (BLUE)	1	
<i>lamotrigine</i>	1	
<i>lamotrigine (blue)</i>	1	
<i>lamotrigine er (er 25 mg tablet, er 50 mg tablet, er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet)</i>	1	
<i>levetiracetam (100 mg/ml soln, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/5 ml cup, 500 mg/5 ml soln, 750 mg tablet, 1,000 mg tablet, 1,000mg/10ml cup)</i>	1	
<i>levetiracetam er</i>	1	
<i>perampanel (2 mg tablet, 4 mg tablet, 6 mg tablet, 8 mg tablet, 10 mg tablet, 12 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>perampanel 0.5 mg/ml oral susp</i>	1	QL (680 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>roweepra 500 mg tablet</i>	1	
SPRITAM	1	
<i>subvenite (blue)</i>	1	
<i>subvenite (subvenite 100 mg tablet, subvenite 150 mg tablet, subvenite 10 mg/ml suspension, subvenite 25 mg tablet, subvenite 200 mg tablet)</i>	1	
<i>topiramate (15 mg sprinkle cap, 25 mg sprinkle cap, 25 mg tablet, 25 mg/ml solution, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	1	
<i>valproic acid</i>	1	
Calcium Channel Modifying Agents		
CELONTIN	1	
<i>ethosuximide</i>	1	
<i>methsuximide</i>	1	
ZARONTIN 250 MG CAPSULE	1	
Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Modulating Agents		
<i>clobazam (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>diazepam (2.5 mg gel, 2.5mg gel(2pk), 10 mg gel, 10 mg gel syrg, 10mg gel (2pk), 20 mg gel, 20 mg gel syrg, 20mg gel (2pk))</i>	1	QL (5 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 100 mg capsule</i>	1	QL (1080 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)
LYRICA (225 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
LYRICA 20 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL (900 PER 30 DAYS)
MYSOLINE	1	
NAYZILAM	1	QL (10 PER 30 DAYS)
NEURONTIN (250 MG/5 ML SOLN, 250 MG/5 ML SOLUTION)	1	QL (2160 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 100 MG CAPSULE	1	QL (1080 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	
<i>pregabalin (225 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	1	QL (900 PER 30 DAYS)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	PA, QL (1100 PER 30 DAYS)
Sodium Channel Agents		
APTIOM (200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
APTIOM (600 MG TABLET, 800 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BANZEL	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 30 mg capsule, dilantin 100 mg capsule)</i>	1	
DILANTIN-125	1	
<i>epitol</i>	1	
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>eslicarbazepine acetate (600 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 50 mg tablet, 50 mg/5 ml cup, 100 mg tablet, 100 mg/10 ml cup, 150 mg tablet, 150 mg/15 ml cup, 200 mg tablet, 200 mg/20 ml cup)</i>	1	
<i>oxcarbazepine</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 10

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)	1	
XCOPRI	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

Antidepressants

Antidepressants, Other

AUVELITY	1	QL (60 PER 30 DAYS)
----------	---	---------------------

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 150mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 200 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion xl hcl 150 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion xl hcl 300 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EXXUA (ER 18.2 MG TABLET, ER 36.3 MG TABLET, ER 54.5 MG TABLET, ER 72.6 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EXXUA ER 18.2 MG TAB (TITRATN)	1	QL (32 PER 30 OVER TIME)
<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)
<i>mirtazapine 15 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
REMERON (15 MG SOLTAB, 30 MG SOLTAB, 30 MG TABLET, 45 MG SOLTAB)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REMERON 15 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN SR (SR 150 MG TABLET, SR 200 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN SR 100 MG TABLET	1	QL (90 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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PARNATE	1	
<i>phenelzine sulfate</i>	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	1	
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 (DR 20 MG CAP, DR 40 MG CAP, DR 60 MG CAP)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP	1	QL (90 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 (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (oxalate 5 mg/5 ml, 10 mg/10 ml cup)</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate 20 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FETZIMA (ER 20 MG CAPSULE, ER 40 MG CAPSULE, ER 80 MG CAPSULE, ER 120 MG CAPSULE)	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	1	QL (28 PER 28 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)
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
LEXAPRO (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
LEXAPRO 20 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>nefazodone hcl</i>	1	
<i>paroxetine cr (25 mg tablet, 37.5 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine cr 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 er 12.5 mg tablet</i>	1	QL (30 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 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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
RALDESY	1	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>sertraline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	QL (45 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>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)
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
VIIBRYD (10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>vilazodone hcl</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZOLOFT (25 MG TABLET, 50 MG TABLET)	1	QL (45 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)
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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 (10 mg tablet, 25 mg tablet, 30 mg/ml conc, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 100 mg/ml conc, 200 mg tablet)</i>	1	PA
<i>compro</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 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	
<i>promethegan (12.5 mg suppos, 25 mg suppository)</i>	1	
<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>granisetron hcl 1 mg tablet</i>	1	PA
<i>ondansetron hcl (4 mg/5 ml soln cup, 4 mg/5 ml solution, hcl 4 mg tablet, hcl 8 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ondansetron odt (odt 4 mg tablet, odt 8 mg tablet)</i>	1	
Antifungals		
AMBISOME	1	PA
<i>amphotericin b</i>	1	PA
<i>amphotericin b liposome</i>	1	PA
CANCIDAS	1	
<i>casprofungin 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% solution spray, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche)</i>	1	
CRESEMBA (74.5 MG CAPSULE, 186 MG CAPSULE)	1	PA
DIFLUCAN 40 MG/ML SUSPENSION	1	
<i>econazole nitrate 1% cream</i>	1	
<i>fluconazole</i>	1	
<i>fluconazole-nacl (200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml)</i>	1	
<i>flucytosine</i>	1	PA
<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	
<i>micafungin</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NOXAFIL (40 MG/ML SUSPENSION, DR 100 MG TABLET, 300 MG POWDERMIX SUSP)	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
<i>voriconazole (hpbcd)</i>	1	PA
Antigout Agents		
<i>allopurinol (100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1	
<i>colchicine 0.6 mg tablet</i>	1	
<i>febuxostat</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>probenecid</i>	1	
<i>probenecid-colchicine</i>	1	
Antimigraine Agents		
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml s pry</i>	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
<i>ergotamine-caffeine</i>	1	
Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Receptor Antagonists		
AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML	1	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML	1	PA, QL (2 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
NURTEC ODT	1	PA, QL (16 PER 30 DAYS)
Serotonin (5-HT) Receptor Agonist		
IMITREX (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	QL (18 PER 30 DAYS)
IMITREX (4 MG/0.5 ML CARTRIDGES, 4 MG/0.5 ML PEN INJECT, 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)
<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 180 mg tab</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antimycobacterials		
Antimycobacterials, Other		
<i>dapsone (25 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	
<i>rifabutin</i>	1	
Antituberculars		
<i>cycloserine</i>	1	
<i>ethambutol hcl</i>	1	
<i>isoniazid (50 mg/5 ml solution, 100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1	
PRETOMANID	1	
PRIFTIN	1	
<i>pyrazinamide</i>	1	
<i>rifampin</i>	1	
SIRTURO	1	
Antineoplastics		
Alkylating Agents		
<i>cyclophosphamide (25 mg capsule, 25 mg tablet, 50 mg capsule, 50 mg tablet)</i>	1	PA
GLEOSTINE	1	
LEUKERAN	1	
<i>lomustine</i>	1	
MATULANE	1	PA
VALCHLOR	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
Antiandrogens		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>abirtega</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>bicalutamide</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
<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)
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)
THALOMID (150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
THALOMID 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
THALOMID 50 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Antiestrogens/Modifiers		
FARESTON	1	
INLURIYO	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
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	
Antimetabolites		
<i>mercaptopurine</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PURIXAN	1	
TABLOID	1	
Antineoplastics, Other		
AVMAPKI-FAKZYNJA	1	PA, QL (66 PER 28 DAYS)
HYDREA	1	
<i>hydroxyurea</i>	1	
INQOVI	1	PA, QL (5 PER 28 DAYS)
IWILFIN	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG	1	PA, QL (49 PER 28 DAYS)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG	1	PA, QL (70 PER 28 DAYS)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG	1	PA, QL (91 PER 28 DAYS)
<i>leucovorin calcium (calcium 5 mg tab, calcium 10 mg tab, calcium 15 mg tab, calcium 25 mg tab, lederle 5 mg tablet)</i>	1	
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET	1	PA, QL (100 PER 28 DAYS)
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET	1	PA, QL (80 PER 28 DAYS)
LYSODREN	1	
ONUREG	1	PA, QL (14 PER 28 DAYS)
ORGOVYX	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
XPOVIO (40 MG TWICE, 80 MG ONCE, 100 MG ONCE)	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XPOVIO (40 MG, 60 MG)	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	1	PA, QL (16 PER 28 DAYS)
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY DOSE	1	PA, QL (24 PER 28 DAYS)
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY 16 PACK	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY DOSE	1	PA, QL (32 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
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)
ALUNBRIG (90 MG TABLET, 90 MG-180 MG TAB PACK, 180 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ALUNBRIG 30 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
AUGTYRO 160 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUGTYRO 40 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 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)
BOSULIF (100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET)	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
BOSULIF (400 MG TABLET, 500 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BOSULIF 50 MG CAPSULE	1	PA, QL (330 PER 30 DAYS)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
BRUKINSA 160 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
CABOMETYX	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
CALQUENCE 100 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CAPRELSA 100 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CAPRELSA 300 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
COMETRIQ 100 MG DAILY-DOSE PK	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
COMETRIQ 140 MG DAILY-DOSE PK	1	PA, QL (112 PER 28 DAYS)
COMETRIQ 60 MG DAILY-DOSE PACK	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
COPIKTRA	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
COTELLIC	1	PA, QL (63 PER 28 DAYS)
DANZITEN	1	PA, QL (112 PER 28 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)
<i>dasatinib 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
DAURISMO 100 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAURISMO 25 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ENSACOVE	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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
GOMEKLI (1 MG CAPSULE, 1 MG TABLET FOR SUSP)	1	PA, QL (168 PER 28 DAYS)
GOMEKLI 2 MG CAPSULE	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
HERNEXEOS	1	PA, QL (180 PER 60 DAYS)
HYRNUO	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
IBRANCE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
IBTROZI	1	PA, QL (90 PER 30 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 (70 MG CAPSULE, 140 MG TABLET, 280 MG TABLET, 420 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	1	PA, QL (324 PER 30 DAYS)
IMKELDI	1	PA, QL (280 PER 28 DAYS)
INLYTA 1 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
INLYTA 5 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
INREBIC	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
IRESSA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ITOVEBI 3 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 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ITOVEBI 9 MG TABLET	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)
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)
KOMZIFTI	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
KOSELUGO 5 MG SPRINKLE CAPSULE	1	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
KOSELUGO 7.5 MG SPRINKLE CAP	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
KRAZATI	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<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 240 MG TABLET	1	PA, QL (120 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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LYTGOBI 16 MG DOSE (4X 4MG TB)	1	PA, QL (112 PER 28 DAYS)
LYTGOBI 20 MG DOSE (5X 4MG TB)	1	PA, QL (140 PER 28 DAYS)
MEKINIST 0.05 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (1170 PER 28 DAYS)
MEKINIST 0.5 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
MEKINIST 2 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
MEKTOVI	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
MODEYSO	1	PA, QL (20 PER 28 DAYS)
NERLYNX	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
NEXAVAR	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>nilotinib hcl</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
NINLARO	1	PA, QL (3 PER 28 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 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>pazopanib hcl 400 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
PEMAZYRE	1	PA, QL (14 PER 21 DAYS)
PIQRAY (250 MG DAILY PACK, 300 MG DAILY PACK)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
PIQRAY 200 MG DAILY DOSE PACK	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
QINLOCK	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RETEVMO (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 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 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
REVUFORJ 110 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
REVUFORJ 160 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
REVUFORJ 25 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
REZLIDHIA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ROMVIMZA	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ROZLYTREK 50 MG PELLETT PACKET	1	PA, QL (336 PER 28 DAYS)
RUBRACA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
RYDAPT	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
SCEMBLIX 100 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SCEMBLIX 20 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SCEMBLIX 40 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>sorafenib</i>	1	PA, QL (120 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)
SPRYCEL 20 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
STIVARGA	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>sunitinib malate (25 mg capsule, 37.5 mg cap, 50 mg capsule)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	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)
SUTENT 12.5 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
TABRECTA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAFINLAR (50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	1	PA, QL (840 PER 28 DAYS)
TAGRISO	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TALZENNA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TASIGNA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAZVERIK	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
TEPMETKO	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TIBSOVO	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>torpenz (2.5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>torpenz 5 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TRUQAP	1	PA, QL (64 PER 28 DAYS)
TUKYSA 150 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TUKYSA 50 MG TABLET	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
TURALIO	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TYKERB	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
VANFLYTA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VENCLEXTA (10 MG TAB (10MG X 2), 10 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VENCLEXTA 100 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
VENCLEXTA 50 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VENCLEXTA STARTING PACK	1	PA, QL (42 PER 28 DAYS)
VERZENIO	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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VOTRIENT	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XALKORI (20 MG PELLETT, 50 MG PELLETT, 200 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XALKORI 150 MG PELLETT	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
XOSPATA	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZEJULA	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)
Retinoids		
<i>bexarotene (1% gel, 75 mg capsule)</i>	1	PA
PANRETIN	1	PA
TARGRETIN (1% GEL, 75 MG CAPSULE)	1	PA
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	1	PA
Treatment Adjuncts		
<i>mesna 400 mg tablet</i>	1	
MESNEX 400 MG TABLET	1	
Antiparasitics		
Anthelmintics		
<i>albendazole</i>	1	
BILTRICIDE	1	
<i>ivermectin 3 mg tablet</i>	1	PA
<i>praziquantel</i>	1	
STROMECTOL	1	PA
Antiprotozoals		
<i>atovaquone</i>	1	PA, QL (600 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	1	
<i>chloroquine phosphate</i>	1	
COARTEM	1	
DARAPRIM	1	PA
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	1	
LAMPIT	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 powder</i>	1	PA
<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	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	1	
COMTAN	1	
<i>entacapone</i>	1	
TASMAR	1	
<i>tolcapone</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl (2 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Dopamine Agonists		
<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 (er 25-100 tab, er 50-200 tab)</i>	1	
INBRIJA	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
RYTARY	1	
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
<i>haloperidol</i>	1	PA
<i>haloperidol decanoate</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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)
ABILIFY MAINTENA	1	QL (1 PER 28 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 1 mg/ml solution</i>	1	PA, QL (750 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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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 FNPT TITRTION PCK	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
FANAPT TITRATION PACK C	1	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
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)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML	1	QL (1.75 PER 84 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML	1	QL (2.63 PER 84 OVER TIME)
LATUDA (20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET, 120 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LATUDA 80 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lurasidone hcl (20 mg tablet, 40 mg tablet, 60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LYBALVI	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TABLET, 34 MG CAPSULE)	1	PA, QL (30 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 10 mg vial</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>olanzapine odt</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OPIPZA (5 MG FILM, 10 MG FILM)	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
OPIPZA 2 MG FILM	1	PA, QL (30 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)
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
PERSERIS	1	QL (1 PER 28 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 150 mg tablet</i>	1	PA, QL (150 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 10

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	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>risperidone 4 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>risperidone er</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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VRAYLAR (0.5 MG CAPSULE, 0.75 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4.5 MG CAPSULE, 6 MG CAPSULE)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ziprasidone hcl (20 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>ziprasidone hcl (60 mg capsule, 80 mg capsule)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ziprasidone mesylate</i>	1	PA, QL (60 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 10 MG VIAL	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZYPREXA ZYDIS	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
Antipsychotics, Other		
COBENFY	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
COBENFY STARTER PACK	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
Treatment-Resistant		
<i>clozapine (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<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 odt (odt 25 mg tablet, odt 100 mg tablet)</i>	1	PA, QL (270 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)
CLOZARIL 100 MG TABLET	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
CLOZARIL 25 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
VERSACLOZ	1	PA, QL (540 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antispasticity Agents		
<i>baclofen (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
DANTRIUM 25 MG CAPSULE	1	
<i>dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	1	
<i>tizanidine hcl (2 mg capsule, 2 mg tablet, 4 mg capsule, 4 mg tablet, 6 mg capsule)</i>	1	
Antivirals		
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)		
BIKTARVY	1	QL (30 PER 30 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 (25 MG TABLET, 50 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TIVICAY 10 MG TABLET	1	QL (240 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)
EDURANT PED	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz 600 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 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>efavirenz-emtric-tenofov disop</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</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)
<i>nevirapine 200 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine 50 mg/5 ml susp</i>	1	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PIFELTRO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rilpivirine</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SYMFI	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-rilpivirine-tenof</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)
<i>lamivudine (10 mg/ml oral soln, 300 mg/30ml sol cup)</i>	1	QL (960 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TYBOST	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors		
APTIVUS	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)
<i>lopinavir-ritonavir 80-20mg/ml</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir lopinavir-ritonavir 100-25mg tb</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir lopinavir-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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ritonavir</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
SYMTUZA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TABLET	1	QL (270 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
LIVTENCITY	1	QL (120 PER 30 DAYS)
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		
MAVYRET	1	PA
<i>ribavirin (200 mg capsule, 200 mg tablet)</i>	1	
VOSEVI	1	PA
ZEPATIER	1	PA
Anti-influenza Agents		
<i>oseltamivir phosphate (45 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	1	QL (84 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 30 mg capsule</i>	1	QL (168 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml suspension</i>	1	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
RELENZA	1	QL (120 PER 365 OVER TIME)
TAMIFLU (45 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	1	QL (84 PER 365 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TAMIFLU 30 MG CAPSULE	1	QL (168 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, QL (30 PER 30 OVER TIME)
<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, QL (30 PER 30 OVER TIME)
Antiviral, Coronavirus agents		
PAXLOVID (EUA) 150-100 MG PACK	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (EUA) 300-100 MG PACK	1	QL (30 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID 150-100 MG (MODERATE)	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	1	QL (30 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID 300/150-100MG(SEVERE)	1	QL (11 PER 30 OVER TIME)
Anxiolytics		
<i>alprazolam (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>alprazolam er (er 0.5 mg tablet, er 1 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam er 2 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam er 3 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam xr (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam xr 2 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam xr 3 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupirone hcl</i>	1	
<i>chlordiazepoxide hcl (5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>chlordiazepoxide hcl 25 mg capsule</i>	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam (0.125 mg dis tab, 0.125 mg odt, 0.25 mg odt, 0.5 mg dis tablet, 0.5 mg odt, 1 mg dis tablet, 1 mg odt)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam (2 mg odt, 2 mg tablet)</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tablet</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tablet</i>	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
<i>diazepam (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>diazepam (5 mg/5 ml oral cup, 5 mg/5 ml solution)</i>	1	PA, QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>diazepam (5 mg/ml, 25 mg/5 ml)</i>	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<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</i>	1	PA
<i>lorazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam (2 mg tablet, 2 mg/ml oral concent)</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lorazepam intensol</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>oxazepam</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
Bipolar Agents		
Mood Stabilizers		
<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 (30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ACTOS 15 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
CYCLOSET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>dapagliflozin</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FARXIGA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>gauze pad gnp sterile pads 2" x 2"</i>	1	PA
<i>gauze pads & dressings - pads 2 x 2</i>	1	PA
<i>glimepiride 1 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glimepiride 2 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glimepiride 4 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glipizide 10 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glipizide 2.5 mg tablet</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>glipizide 5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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 (2.5-500 mg, 5-500 mg)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glipizide-metformin 2.5-250 mg</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
GLUCOTROL XL 10 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
GLUCOTROL XL 5 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glyburide 1.25 mg tablet</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>glyburide 2.5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glyburide 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glyburide micronized 1.5 mg tab</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glyburide micronized 3 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glyburide micronized 6 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glyburide-metformin hcl (2.5-500 mg, 5-500 mg)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glyburide-metformin hcl glyburid-metformin 1.25-250 mg</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
GLYXAMBI	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>isopropyl alcohol 0.7 ml/ml medicated pad</i>	1	PA
JANUMET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JANUMET XR (50-500 MG TABLET, 100-1,000 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JANUVIA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
JARDIANCE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
JENTADUETO	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TB	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	1	QL (75 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl 500 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl 850 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl er 500 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl er 750 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
MOUNJARO	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide 120 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>nateglinide 60 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
OZEMPIC (0.25-0.5 MG/DOSE PEN, 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML))	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<i>pioglitazone hcl (30 mg tablet, 45 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pioglitazone hcl 15 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<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	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin hcl</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin-metformin er (saxagliptin-metformin er 5-500, saxagliptin-metformin er 5-1000)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin-metformin er saxagliptin-metformin 2.5-1000</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SOLQUA 100-33	1	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sterile pads ft 2" x 2"</i>	1	PA
SYMLINPEN 120	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SYMLINPEN 60	1	
SYNJARDY	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR (5-1,000 MG TABLET, 10-1,000 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TAB)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRADJENTA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRULICITY	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR (2.5 MG TAB, 5 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
XIGDUO XR (5 MG-500 MG TABLET, 10 MG-1,000 MG TAB, 10 MG-500 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Glycemic Agents		
BAQSIMI	1	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>diazoxide</i>	1	
<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 2-PK 1 MG/0.2 ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 2PK 0.5MG/0.1 ML	1	QL (0.4 PER 30 DAYS)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE -PK MG/0.2 ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 2-PK 1 MG/0.2 ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
PROGLYCEM	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Insulins		
<i>autosshield duo pen needle ndl 30g 5mm</i>	1	PA
<i>droplet insulin syringe (0.3 ml 29g 12.7mm(1/2), 0.3 ml 30g 12.7mm(1/2), ins 0.3ml 30g 8mm(1/2), ins 0.3ml 31g 6mm(1/2), ins 0.3ml 31g 8mm(1/2), ins 0.5 ml 29g 12.7mm, ins 0.5 ml 30g 12.7mm, ins syr 0.5 ml 31g 6mm, ins syr 0.5 ml 31g 8mm, ins syr 0.5ml 30g 8mm, ins syr 1 ml 30g 8mm, ins syr 1 ml 31g 6mm, ins syr 1 ml 31g 8mm, ins syr 1ml 29g 12.7mm, ins syr 1ml 30g 12.7mm)</i>	1	PA
<i>droplet micron pen needle 34g 3.5mm</i>	1	PA
<i>droplet pen needle (29g 10mm, 29g 12mm, 31g 5mm, 31g 6mm, 31g 8mm, 32g 4mm, 32g 5mm, 32g 6mm, 32g 8mm)</i>	1	PA
<i>dropsafe pen needle (5mm, 8mm)</i>	1	PA
<i>easy comfort insulin syringe (0.5ml 29g, 1 ml 29g, 1 ml 32g)</i>	1	PA
<i>easy comfort pen needle (29g 4mm, 29g 5mm, 32g 4mm)</i>	1	PA
<i>easy touch insulin syringe (ins 0.5 ml 31g, ins syr 1ml 30g, ins syr 1ml 31g, syr 1 ml 31g)</i>	1	PA
FIASP	1	QL (60 PER 30 DAYS)
FIASP FLEXTOUCH	1	QL (60 PER 30 DAYS)
FIASP PENFILL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
FIASP PUMPCART	1	QL (60 PER 30 DAYS)
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 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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
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)
INSULIN ASPART	1	QL (60 PER 30 DAYS)
INSULIN ASPART FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
INSULIN ASPART PENFILL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>insulin pen needle</i>	1	PA
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i>	1	PA
<i>insulin syringe (disp) u-100 1 ml</i>	1	PA
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i>	1	PA
<i>insulin syringe (syr 0.5 ml 28g 12.7mm, syringe 1 ml 27g 16mm, syringe 1ml 28g 12.7mm)</i>	1	PA
<i>insupen pen needle insu32g 6mm</i>	1	PA
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>nano 2nd gen pen needle 3g 4mm</i>	1	PA
<i>nano pen needle</i>	1	PA
<i>needles, insulin disp., safety</i>	1	PA
NOVOLIN 70-30	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NOVOLIN N	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN N FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN R	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN R FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG MIX 70-30	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG PENFILL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>omnipod 5 (g6/libre 2 plus)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod 5 dext7g6 intro(gen 5)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod 5 dext7g6 pods (gen 5)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod 5 g6-g7 intro kt(gen5)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod 5 g6-g7 pods (gen 5)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod 5 intro(g6/libre2plus)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod classic pods (gen 3)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod dash intro kit (gen 4)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod dash pdm kit (gen 4)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod dash pods (gen 4)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod go pods</i>	1	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
<i>pen needle (31g 8mm, gnp 31g 5mm, gnp 31g 8mm, 32g 4mm, gnp 32g 4mm, gnp 32g 6mm)</i>	1	PA
TOUJEO MAX SOLOSTAR	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>true comfort safety pen needle</i>	1	PA
<i>ultra-fine insulin syringe</i>	1	PA
<i>ultra-fine pen needle</i>	1	PA
<i>unifine otc pen needle</i>	1	PA
<i>unifine pentips</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>unifine pentips plus</i>	1	PA
Blood Products and Modifiers		
Anticoagulants		
<i>dabigatran etexilate (75 mg cap, 150 mg cp)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dabigatran etexilate 110 mg cp</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (0.5 MG PKT(1X0.5MG TB), 1.5 MG PKT(3X0.5MG TB), 2 MG PKT(4X 0.5 MG TB))	1	QL (560 PER 28 DAYS)
ELIQUIS (5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG)	1	QL (74 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS SPRINKLE	1	QL (74 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml, 150 mg/ml)</i>	1	QL (30 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>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>fondaparinux sodium 10 mg/0.8 ml syr</i>	1	QL (24 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5 ml syr</i>	1	QL (15 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4 ml syr</i>	1	QL (12 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6 ml syr</i>	1	QL (18 PER 90 OVER TIME)
<i>heparin sodium (sod 1,000 unit/ml vial, 2,000 unit/2 ml vial, 5,000 unit/ml carpject, sod 5,000 unit/ml syrg, sod 5,000 unit/ml vial, 10,000 unit/10 ml vial, sod 10,000 unit/ml vl, sod 20,000 unit/ml vl, 30,000 unit/30 ml vial, 40,000 unit/4 ml vial, 50,000 unit/10 ml vial, 50,000 unit/5 ml vial)</i>	1	
<i>jantoven</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LOVENOX (100 MG/ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE)	1	QL (30 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX (80 MG/0.8 ML SYRINGE, 120 MG/0.8 ML SYRINGE)	1	QL (24 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)
<i>rivaroxaban 1 mg/ml suspension</i>	1	QL (620 PER 30 DAYS)
<i>rivaroxaban 2.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>warfarin sodium</i>	1	
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 1 MG/ML SUSPENSION	1	QL (620 PER 30 DAYS)
XARELTO DVT-PE TREAT START 30D	1	QL (51 PER 30 DAYS)
Blood Products and Modifiers, Other		
AGRYLIN	1	
<i>anagrelide hcl</i>	1	
ARANESP (10 MCG/0.4 ML SYRINGE, 25 MCG/0.42 ML SYRING, 25 MCG/ML VIAL, 40 MCG/0.4 ML SYRINGE, 40 MCG/ML VIAL, 60 MCG/0.3 ML SYRINGE, 60 MCG/ML VIAL, 100 MCG/0.5 ML SYRINGE, 100 MCG/ML VIAL, 150 MCG/0.3 ML SYRINGE, 200 MCG/0.4 ML SYRINGE, 200 MCG/ML VIAL, 300 MCG/0.6 ML SYRINGE, 500 MCG/1 ML SYRINGE)	1	PA
<i>eltrombopag olamine</i>	1	PA
FULPHILA	1	PA
GRANIX	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LEUKINE	1	PA
NIVESTYM	1	PA
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		
<i>tranexamic acid 650 mg tablet</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	
<i>ticagrelor</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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>guanfacine hcl</i>	1	
<i>midodrine hcl</i>	1	
NORTHERA	1	PA
Alpha-adrenergic Blocking Agents		
CARDURA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>doxazosin mesylate</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>phenoxybenzamine hcl</i>	1	
<i>prazosin hcl</i>	1	
<i>terazosin hcl (2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>terazosin hcl 1 mg capsule</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
Angiotensin II Receptor Antagonists		
ATACAND (4 MG TABLET, 8 MG TABLET, 16 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ATACAND 32 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
AVAPRO (150 MG TABLET, 300 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
BENICAR (20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
BENICAR 5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tb)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>candesartan cilexetil 32 mg tb</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
COZAAR (25 MG TABLET, 50 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
COZAAR 100 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DIOVAN (40 MG TABLET, 80 MG TABLET, 160 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
DIOVAN 320 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDARBI	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>irbesartan</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 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>losartan potassium 100 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>telmisartan</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)
<i>valsartan 320 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors		
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>mexiletine hcl</i>	1	
MULTAQ	1	
<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	
<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 (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	
BYSTOLIC	1	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>carvedilol er</i>	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 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nadolol</i>	1	
<i>nebivolol hcl</i>	1	
<i>pindolol</i>	1	
<i>propranolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 20 mg/5 ml soln, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml soln, 60 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	1	
<i>propranolol hcl er</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</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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dilt-xr</i>	1	
<i>diltiazem 12hr er</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er</i>	1	
<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 PM	1	
Cardiovascular Agents, Other		
<i>acetazolamide</i>	1	
<i>acetazolamide er</i>	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-hetz</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 10

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>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)
<i>digoxin 0.05 mg/ml solution</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
DIOVAN HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDARBYCLOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	1	
ENTRESTO (49 MG-51 MG TABLET, 97 MG-103 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET	1	QL (180 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 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<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>sacubitril-valsartan (49-51 mg, 97-103 mg)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sacubitril-valsartan 24-26 mg</i>	1	QL (180 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 telmisartan-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	
TRIBENZOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VASERETIC	1	
ZESTORETIC	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Diuretics, Loop		
<i>bumetanide</i>	1	
<i>furosemide</i>	1	
LASIX	1	
<i>torseamide</i>	1	
Diuretics, Potassium-sparing		
<i>amiloride hcl</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)</i>	1	
Diuretics, Thiazide		
<i>chlorthalidone</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)
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 (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	ST, QL (45 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CRESTOR 40 MG TABLET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fluvastatin er</i>	1	QL (30 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 (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>rosuvastatin calcium 40 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>simvastatin (5 mg tablet, 10 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>simvastatin 20 mg tablet</i>	1	QL (60 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 GM TABLET	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)
<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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>niacin er (er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>niacin er 500 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	1	
<i>prevalite</i>	1	
REPATHA SURECLICK	1	PA, QL (6 PER 28 DAYS)
REPATHA SYRINGE	1	PA, QL (6 PER 28 DAYS)
<i>triklo</i>	1	
VASCEPA 0.5 GM CAPSULE	1	QL (240 PER 30 DAYS)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
VYTORIN	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
ZETIA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Mineralocorticoid Receptor Antagonists		
ALDACTONE	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	
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nitroglycerin (0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, 0.4% ointment, 0.6 mg tablet sl, 400 mcg spray)</i>	1	
<i>nitroglycerin patch</i>	1	
NITROLINGUAL	1	
NITROSTAT	1	
RECTIV	1	
VERQUVO	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Central Nervous System Agents

Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines

ADDERALL XR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DEXEDRINE (10 MG, 15 MG, 15 MG CAP)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 10 mg tab</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 5 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er (er 10 mg cap, er 15 mg cap)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap</i>	1	QL (90 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 (dextroamp-amphetam 7.5 mg tab, dextroamp-amphetam 12.5 mg tab, dextroamp-amphetamin 10 mg tab, dextroamp-amphetamin 15 mg tab, dextroamp-amphetamin 30 mg tab, dextroamp-amphetamine 5 mg tab)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine-amphetamine dextroamp-amphetamin 20 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lisdexamfetamine dimesylate (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule, 50 mg capsule, 60 mg capsule, 70 mg capsule)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VYVANSE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE, 70 MG CAPSULE)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zenzedi 10 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>zenzedi 5 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
<i>atomoxetine hcl (10 mg capsule, 18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl</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 (er 10 mg tab, er 20 mg tab)</i>	1	PA, QL (90 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 10 mg/5 ml sol</i>	1	PA, QL (900 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 (9 MG TABLET, 12 MG TABLET)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
AUSTEDO 6 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) TITR(12-18-24-30MG)	1	PA, QL (28 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
INGREZZA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	1	PA, QL (28 PER 28 DAYS)
INGREZZA SPRINKLE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
NUEDEXTA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<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)
VEOZAH	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
XENAZINE 12.5 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
XENAZINE 25 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
Multiple Sclerosis Agents		
AMPYRA	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)
<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)
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 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
<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	PA
<i>acitretin</i>	1	
<i>amnesteem</i>	1	PA
<i>azelaic acid</i>	1	
AZELEX	1	
BENZAMYCIN	1	
<i>claravis</i>	1	PA
<i>clindamycin phos-benzoyl perox ph-benzoyl 1.2-5%</i>	1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide (clindamycin-benzoyl 1-5%, clindamycin-bnz 1-5% pmp)</i>	1	
<i>doxycycline ir-dr</i>	1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>	1	
FINACEA 15% FOAM	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>isotretinoin</i>	1	PA
KLARON	1	
<i>neuac</i>	1	
ORACEA	1	
RETIN-A	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
<i>sulfacetamide sodium (sod 10% top susp, sodium 10% lotn)</i>	1	
<i>tazarotene (0.05% gel, 0.1% gel)</i>	1	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>tazarotene (0.05%, 0.1%)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TAZORAC (0.05% GEL, 0.1% GEL)	1	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
TAZORAC 0.05% CREAM	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tretinoin (0.01% gel, 0.025% cream, 0.025% gel, 0.05% cream, 0.1% cream)</i>	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
<i>zenatane</i>	1	PA
Dermatitis and Pruitus Agents		
ALA-CORT 1% CREAM	1	
<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 (va 0.1% cream, valer 0.1% ointm)</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
<i>betamethasone valerate 0.1% lotion</i>	1	QL (120 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% 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 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clobetasol propionate 0.05% shampoo</i>	1	QL (236 PER 30 DAYS)
<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
EUCRISA	1	PA
<i>fluocinolone acetonide (0.01% body, 0.01% scalp)</i>	1	QL (118.28 PER 30 DAYS)
<i>fluocinolone acetonide (0.01% cream, 0.01% solution, 0.025% cream, 0.025% ointment)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluocinonide (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluocinonide 0.1% cream</i>	1	QL (240 PER 28 DAYS)
<i>fluocinonide-e</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% ointment)</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 (hydrocort buty 0.1% lipid cream, 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 butyrate 0.1% soln</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone valerate</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>mometasone furoate (0.1% cream, 0.1% oint)</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>pimecrolimus</i>	1	PA
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 0.5% cream</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
<i>fluorouracil (2% soln, 5% soln)</i>	1	QL (10 PER 30 OVER TIME)
<i>fluorouracil 5% cream</i>	1	QL (40 PER 30 OVER TIME)
<i>imiquimod 5% cream packet</i>	1	PA
<i>methoxsalen</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone</i>	1	
OTEZLA (10-20 MG STARTER 28, 10-20-30MG START 28)	1	PA, QL (55 PER 180 OVER TIME)
OTEZLA (20 MG TABLET, 30 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OTEZLA XR 75 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OTEZLA XR INITIATION PK 28 DAY	1	PA, QL (41 PER 180 OVER TIME)
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	1	
SANTYL	1	QL (180 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SILVADENE	1	
<i>silver sulfadiazine</i>	1	
SSD	1	
Pediculicides/Scabicides		
<i>ivermectin 1% cream</i>	1	PA
<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	
<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)
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%-0.45% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.9% nacl</i>	1	
<i>glucose 5%-0.9% nacl</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>kcl-d5w-0.2% nacl</i>	1	
<i>kcl-d5w-0.225% nacl</i>	1	
<i>kcl-d5w-0.45% nacl</i>	1	
<i>klor-con 10 (klor-con 10, klor-con 10)</i>	1	
KLOR-CON 8	1	
<i>klor-con m10</i>	1	
KLOR-CON M15	1	
<i>klor-con m20</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</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 10

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% press 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%-water</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
JYNARQUE	1	PA
SAMSCA	1	PA
SYPRINE	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tolvaptan (15 mg tablet, 15 mg-15 mg tablet, 30 mg tablet, 30 mg-15 mg tablet, 45 mg-15 mg tablet, 60 mg-30 mg tablet, 90 mg-30 mg tablet)</i>	1	PA
<i>trientine hcl 250 mg capsule</i>	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>dextrose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 1,000 ml, 5%-water 250 ml, 5%-water 50 ml, 5%-water iv soln, 10%-water iv solution)</i>	1	
<i>glucose in water (50 ml, 100 ml)</i>	1	
INTRALIPID 20% IV FAT EMUL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NUTRILIPID	1	PA
TRAVASOL	1	PA
TROPHAMINE	1	PA
Potassium Binders		
<i>kionex</i>	1	
LOKELMA	1	
<i>sodium polystyrene sulfonate (sodium polystyrene sulf powder, sps 15 gm/60 ml suspension)</i>	1	
SPS	1	
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	QL (30 PER 30 DAYS)
RELISTOR (12 MG/0.6 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML VIAL)	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
RELISTOR 150 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE	1	PA, QL (12 PER 30 DAYS)
Anti-Diarrheal Agents		
<i>alosetron hcl</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>diphenoxylate-atropine 2.5</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
Gastrointestinal Agents, Other		
<i>bismuth-metronidazole-tetracyc</i>	1	
<i>chenodal</i>	1	PA
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i>	1	
<i>gavilyte-n</i>	1	
GOLYTELY	1	
<i>metoclopramide hcl (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml cup, 10 mg/10 ml sol)</i>	1	
MOVIPREP	1	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VOWST	1	PA, QL (12 PER 56 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists		
<i>cimetidine (200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	1	
<i>famotidine (20 mg tablet, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml susp)</i>	1	
<i>nizatidine (150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	1	
Protectants		
CARAFATE	1	
CYTOTEC	1	
<i>misoprostol</i>	1	
<i>sucralfate</i>	1	
Proton Pump Inhibitors		
<i>esomeprazole magnesium (dr 2.5 mg packet, dr 5 mg packet, dr 10 mg packet, dr 20 mg packet, dr 40 mg packet, mag dr 20 mg cap, mag dr 40 mg cap)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lansoprazole (dr 15 mg capsule, dr 30 mg capsule)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
NEXIUM	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>omeprazole (dr 20 mg capsule, dr 40 mg capsule)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>omeprazole dr 10 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
ATTRUBY	1	PA, QL (112 PER 28 DAYS)
<i>betaine anhydrous</i>	1	
BUPHENYL 500 MG TABLET	1	PA
CARNITOR (1 GM/10 ML ORAL SOLN, 100 MG/ML ORAL SOLN, 330 MG TABLET)	1	
CARNITOR SF	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
ELELYSO	1	PA
ENDARI	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
KUVAN	1	PA
<i>l-glutamine 5 gram powder pkt</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>levocarnitine (1 g/10 ml cup, 1 g/10 ml soln, 330 mg tablet, 500 mg/5 ml cup)</i>	1	
<i>miglustat</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>nitisinone</i>	1	
ORFADIN	1	
PALYNZIQ	1	PA
PROLASTIN C	1	PA
PYRUKYND (20-5 MG PACK, 50-20 MG PACK)	1	PA, QL (14 PER 28 DAYS)
PYRUKYND (5 MG TABLET, 20 MG TABLET, 20 MG TAPER PACK, 50 MG TABLET, 50 MG TAPER PACK)	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PYRUKYND 5 MG TAPER PACK	1	PA, QL (7 PER 28 DAYS)
REVCovi	1	PA
REZDIFFRA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	1	PA
<i>sodium phenylbutyrate</i>	1	PA
STRENSIQ	1	PA
VPRIV	1	Gaucher Enzyme Replacement PA - Vpriv
WELIREG	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>yargesa</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>zelvysia</i>	1	PA
ZENPEP	1	
ZOKINVY	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Genitourinary Agents

Antispasmodics, Urinary

<i>darifenacin er</i>	1	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/5 ml soln cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/5 ml syrup)</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride 5 mg tablet</i>	1	QL (120 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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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)
Benign Prostatic Hypertrophy Agents		
<i>alfuzosin hcl er</i>	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)
PROSCAR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RAPAFLO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>silodosin</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tadalafil (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tamsulosin hcl</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Contraceptives, Other		
LILETTA	1	
NEXPLANON	1	
SKYLA	1	
Genitourinary Agents, Other		
<i>bethanechol chloride</i>	1	
DEPEN	1	
<i>penicillamine 250 mg tablet</i>	1	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Adrenal)		
ACTHAR	1	PA
ACTHAR SELFJECT	1	PA
CORTEF	1	
<i>dexamethasone</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

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)	1	
<i>methylprednisolone</i>	1	
<i>prednisolone (15 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml syrup, 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 (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tab dose pack, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tab dose pack, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	
<i>taperdex 6 day 1.5 mg tablet</i>	1	

Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Pituitary)

CHORIONIC GONADOTROPIN	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 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Sex Hormones/ Modifiers)		
Androgens		
<i>danazol</i>	1	PA
DEPO-TESTOSTERONE	1	PA
<i>methyltestosterone</i>	1	PA
<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% (25mg/2.5g) pk</i>	1	PA, QL (225 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		
<i>conjugated estrogens</i>	1	
DEPO-ESTRADIOL	1	
DIVIGEL	1	
<i>dotti</i>	1	
ESTRACE 0.01% CREAM	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 (once weekly)</i>	1	
<i>estradiol (twice weekly)</i>	1	
<i>estradiol valerate</i>	1	
ESTRING	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMEN TO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lyllana</i>	1	
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	
<i>abigale</i>	1	
<i>abigale lo</i>	1	
<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>azurette</i>	1	
<i>balziva</i>	1	
<i>blisovi 24 fe</i>	1	
<i>blisovi fe</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMEN TO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>briellyn</i>	1	
<i>camrese</i>	1	
<i>camrese lo</i>	1	
<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>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>enilloring</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>feirza</i>	1	
<i>fyavolv 1 mg-5 mcg tablet</i>	1	
<i>galbriela</i>	1	
<i>gemmily</i>	1	
<i>hailey</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMEN TO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>hailey 24.fe</i>	1	
<i>hailey fe</i>	1	
<i>haloette</i>	1	
<i>iclevia</i>	1	
<i>introvale</i>	1	
<i>isibloom</i>	1	
<i>jaimiess</i>	1	
<i>jasmiel</i>	1	
<i>jinteli</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	
LAYOLIS FE	1	
<i>leena</i>	1	
<i>lessina</i>	1	
<i>levonest</i>	1	
<i>levonorg-eth estrad eth estrad (levono-e 0.15-0.03-0.01, levonor-e 0.1-0.02-0.01)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>	1	
<i>levora-28</i>	1	
<i>lo-zumandimine</i>	1	
LOESTRIN	1	
LOESTRIN FE	1	
<i>lojaimiess</i>	1	
<i>loryna</i>	1	
<i>low-ogestrel</i>	1	
<i>luizza</i>	1	
<i>lutra</i>	1	
<i>marlissa</i>	1	
<i>merzee</i>	1	
<i>microgestin</i>	1	
<i>microgestin fe</i>	1	
<i>mili</i>	1	
<i>mimvey</i>	1	
<i>mono-linyah</i>	1	
<i>necon</i>	1	
<i>nikki</i>	1	
<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	1	
<i>norethin-eth estra-ferrous fum</i>	1	
<i>norethindron-ethinyl estradiol (norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb, norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg, norethind-eth estrad 1-0.02 mg)</i>	1	
<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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMEN TO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nylia</i>	1	
<i>ocella</i>	1	
<i>philith</i>	1	
<i>pimtrea</i>	1	
<i>portia</i>	1	
PREMPHASE	1	
PREMPRO	1	
<i>reclipsen</i>	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>taysofy</i>	1	
<i>tilia fe</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-sprintec</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tri-vylibra</i>	1	
<i>tri-vylibra lo</i>	1	
<i>trivora-28</i>	1	
<i>turqoz</i>	1	
<i>tydemy</i>	1	
<i>valtya</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	
<i>xarah fe</i>	1	
<i>xelria fe</i>	1	
<i>xulane</i>	1	
YASMIN 28	1	
YAZ	1	
<i>zafemy</i>	1	
<i>zovia 1-35</i>	1	
<i>zumandimine</i>	1	
Progestins		
<i>camila</i>	1	
<i>deblitane</i>	1	
DEPO-PROVERA	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	1	
<i>emzahh</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>errin</i>	1	
<i>gallifrey</i>	1	
<i>heather</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/10ml susp cup, acet 400 mg/10 ml)</i>	1	
<i>meleya</i>	1	
<i>nora-be (nora-be, nora-be)</i>	1	
<i>norethindrone</i>	1	
<i>norethindrone ac (lupaneta)</i>	1	
<i>norethindrone acetate</i>	1	
<i>orquidea</i>	1	
<i>progesterone (100 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	1	
PROVERA	1	
<i>sharobel</i>	1	
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents		
DUAVEE	1	
EVISTA	1	
<i>raloxifene hcl</i>	1	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Thyroid)		
CYTOMEL	1	
LEVO-T	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>levothyroxine sodium (25 mcg tablet, 50 mcg tablet, 75 mcg tablet, 88 mcg tablet, 100 mcg tablet, 112 mcg tablet, 125 mcg tablet, 137 mcg tablet, 150 mcg tablet, 175 mcg tablet, 200 mcg tablet, 300 mcg tablet)</i>	1	
LEVOXYL	1	
<i>liomny</i>	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 or Pituitary)

<i>cabergoline</i>	1	
ELIGARD (22.5 MG SYRINGE B, 22.5 MG SYRINGE KIT)	1	PA, QL (1 PER 84 OVER TIME)
ELIGARD (30 MG SYRINGE B, 30 MG SYRINGE KIT)	1	PA, QL (1 PER 112 OVER TIME)
ELIGARD (45 MG SYRINGE B, 45 MG SYRINGE KIT)	1	PA, QL (1 PER 168 OVER TIME)
ELIGARD (7.5 MG SYRINGE B, 7.5 MG SYRINGE KIT)	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
FIRMAGON	1	PA
KORLYM	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>leuprolide acetate</i>	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>leuprolide depot</i>	1	PA, QL (1 PER 84 OVER TIME)
LUPRON DEPOT (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
LUPRON DEPOT (LUPANETA) 3.75MG	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG 3MO	1	PA, QL (1 PER 84 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LUPRON DEPOT-PED 45 MG 6MO KIT	1	PA, QL (1 PER 168 OVER TIME)
LUPRON DEPOT-PED 7.5 MG KIT	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
<i>mifepristone 300 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>octreotide acetate</i>	1	PA
<i>octreotide acetate er</i>	1	PA
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

FIRAZYR	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
HAEGARDA 2,000 UNIT VIAL	1	PA, QL (27 PER 28 DAYS)
HAEGARDA 3,000 UNIT VIAL	1	PA, QL (18 PER 28 DAYS)
<i>icatibant</i>	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sajazir</i>	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)

Immunoglobulins

ATGAM	1	PA
GAMMAGARD LIQUID	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
GAMMAGARD LIQUID ERC	1	PA
GAMMAGARD S-D	1	PA
GAMMAPLEX	1	PA
GAMUNEX-C	1	PA
THYMOGLOBULIN	1	PA
Immunological Agents, Other		
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	1	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
ACTEMRA ACTPEN	1	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
ARCALYST	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
BENLYSTA (200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE)	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
COSENTYX (2 SYRINGES)	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
COSENTYX SENSOREADY (2 PENS)	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
COSENTYX SENSOREADY PEN	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
COSENTYX SYRINGE 150 MG/ML	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
COSENTYX SYRINGE 75 MG/0.5 ML	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
COSENTYX UNOREADY PEN	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML	1	PA, QL (3.42 PER 28 DAYS)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML	1	PA, QL (3.42 PER 28 DAYS)
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENTYVIO PEN	1	PA, QL (1.36 PER 28 DAYS)
ORENCIA 125 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ORENCIA 50 MG/0.4 ML SYRINGE	1	PA, QL (1.6 PER 28 DAYS)
ORENCIA 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE	1	PA, QL (2.8 PER 28 DAYS)
ORENCIA CLICKJECT	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PYZCHIVA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, CDV 45 MG/0.5 ML SYR)	1	PA, QL (1.5 PER 84 OVER TIME)
PYZCHIVA (90 MG/ML SYRINGE, CDV 90 MG/ML SYRINGE)	1	PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)
PYZCHIVA 45 MG/0.5 ML VIAL	1	PA, QL (1.5 PER 84 DAYS)
RIDAURA	1	
RINVOQ (ER 15 MG TABLET, ER 30 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
RINVOQ ER 45 MG TABLET	1	PA, QL (84 PER 180 OVER TIME)
RINVOQ LQ	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 600 MG/10 ML VIAL	1	PA, QL (60 PER 180 OVER TIME)
SKYRIZI ON-BODY 180 MG/1.2 ML	1	PA, QL (8.4 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI ON-BODY 360 MG/2.4 ML	1	PA, QL (16.8 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN	1	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
STELARA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL)	1	PA, QL (1.5 PER 84 OVER TIME)
STELARA 130 MG/26 ML VIAL	1	PA, QL (104 PER 180 OVER TIME)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)
STEQEYMA 130 MG/26 ML VIAL	1	PA, QL (104 PER 180 OVER TIME)
STEQEYMA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	1	PA, QL (1.5 PER 84 OVER TIME)
STEQEYMA 90 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (3 PER 56 OVER TIME)
TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
TREMFYA ONE-PRESS	1	PA, QL (3 PER 56 OVER TIME)
TREMFYA PEN 100 MG/ML	1	PA, QL (3 PER 56 OVER TIME)
TREMFYA PEN 200 MG/2 ML	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
TREMFYA PEN INDUCTION (2 PEN)	1	PA, QL (12 PER 180 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TYENNE 162 MG/0.9 ML SYRINGE	1	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
TYENNE AUTOINJECTOR	1	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB-AEKN 45 MG SYRINGE	1	PA, QL (1.5 PER 84 OVER TIME)
USTEKINUMAB-AEKN 90 MG/ML SYR	1	PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)
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
CELLCEPT (200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	1	PA
<i>cyclosporine (25 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	1	PA
<i>cyclosporine modified</i>	1	PA
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENVARUSUS XR	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, QL (4.8 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HADLIMA PUSHTOUCH	1	PA, QL (4.8 PER 28 DAYS)
HADLIMA(CF)	1	PA, QL (2.4 PER 28 DAYS)
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH	1	PA, QL (2.4 PER 28 DAYS)
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>mycophenolic acid</i>	1	PA
MYFORTIC 180 MG TABLET	1	PA
MYHIBBIN	1	PA
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
SANDIMMUNE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	1	PA
SIMLANDI(CF) 20 MG/0.2 SYRG	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI(CF) 40 MG/0.4 SYRG	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
SIMLANDI(CF) 80 MG/0.8 SYRG	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR AI 40 MG/0.4	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR AI 80 MG/0.8	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Vaccines		
ABRYSVO	1	QL (1 PER 999 OVER TIME)
ACTHIB	1	
ADACEL TDAP	1	
AREXVY	1	QL (1 PER 999 OVER TIME)
BCG VACCINE (TICE STRAIN)	1	
BEXSERO	1	
BOOSTRIX TDAP	1	
DAPTACEL DTAP	1	
DENGVAXIA	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	
IXIARO	1	
JYNNEOS	1	PA
JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE)	1	PA
KINRIX	1	
M-M-R II VACCINE	1	
MENQUADFI	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MRESVIA	1	QL (0.5 PER 999 OVER TIME)
PEDIARIX	1	
PEDVAXHIB	1	
PENBRAYA	1	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y	1	
PENTACEL	1	
PRIORIX	1	
PROQUAD	1	
QUADRACEL DTAP-IPV	1	
RABAVERT	1	PA
RECOMBIVAX HB	1	PA
ROTARIX	1	
ROTATEQ	1	
SHINGRIX 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	1	QL (1 PER 999 OVER TIME)
SHINGRIX VIAL KIT	1	QL (2 PER 999 OVER TIME)
STAMARIL	1	
TENIVAC	1	PA
TICOVAC	1	
TRUMENBA	1	
TWINRIX	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA	1	
VARIVAX VACCINE	1	
VAXCHORA VACCINE	1	
VIMKUNYA	1	
VIVOTIF	1	
YF-VAX	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Inflammatory Bowel Disease Agents		
Aminosalicylates		
APRISO	1	QL (120 PER 30 DAYS)
AZULFIDINE	1	
<i>balsalazide disodium</i>	1	
CANASA	1	
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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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 (35 mg tab, 70 mg tab)</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ATELVIA	1	QL (4 PER 28 DAYS)
BONSITY	1	PA
<i>calcitonin-salmon 200 unit spr</i>	1	
<i>calcitriol (0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml solution)</i>	1	
<i>cinacalcet hcl</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)
JUBBONTI	1	PA
OSENVELT	1	PA
<i>paricalcitol (1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 4 mcg capsule)</i>	1	
PROLIA	1	PA
<i>risedronate sodium (5 mg tablet, 30 mg tab)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<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 dr</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
ROCALTROL	1	
SENSIPAR	1	PA
STOBOCLO	1	PA
<i>teriparatide (teriparatide, teriparatide)</i>	1	PA
TYMLOS	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
WYOST	1	PA
XGEVA	1	PA

Ophthalmic Agents

Ophthalmic Agents, Other

<i>atropine sulfate (1% drop, 1% drops)</i>	1	
<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	1	
COMBIGAN	1	
COSOPT	1	
CYSTADROPS	1	PA, QL (20 PER 28 DAYS)
CYSTARAN	1	PA, QL (60 PER 28 DAYS)
<i>dorzolamide-timolol eye drops</i>	1	
MAXITROL EYE OINTMENT	1	
MIEBO	1	PA, QL (3 PER 30 DAYS)
<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)
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	1	
TOBRADEX EYE OINTMENT	1	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	1	
XDEMVY	1	PA
XIIDRA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Ophthalmic Anti-Infectives

<i>bacitracin 500 unit/gm ophth</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin</i>	1	
BESIVANCE	1	
<i>ciprofloxacin hcl 0.3% eye drop</i>	1	
<i>erythromycin 0.5% eye ointment</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>gatifloxacin</i>	1	
<i>gentamicin sulfate 0.3% eye drop</i>	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	
Ophthalmic Anti-inflammatories		
ACULAR	1	
ACULAR LS	1	
<i>bromfenac sodium (0.07%, 0.09%)</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate 0.1% eye drop</i>	1	
<i>diclofenac sodium 0.1% eye drops</i>	1	
<i>difluprednate</i>	1	
DUREZOL	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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 OCUDOSE	1	
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
<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	
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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>мометасоне фууроате 50 mcg spry</i>	1	QL (34 PER 30 DAYS)
QVAR REDIHALER 40 MCG	1	QL (10.6 PER 30 DAYS)
QVAR REDIHALER 80 MCG	1	QL (21.2 PER 30 DAYS)
XHANCE	1	QL (32 PER 30 DAYS)
Antihistamines		
<i>azelastine hcl 0.1% (137 mcg) spry</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>cetirizine hcl (1 mg/ml soln, 1 mg/ml syrup)</i>	1	
<i>clemastine fumarate 2.68 mg tablet</i>	1	PA
<i>cyproheptadine hcl</i>	1	PA
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tablet</i>	1	
<i>olopatadine hcl 665 mcg nasal spry</i>	1	QL (30.5 PER 30 DAYS)
Antileukotrienes		
ACCOLATE	1	
<i>montelukast sodium</i>	1	
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SPIRIVA HANDIHALER	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT	1	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>tiotropium bromide</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proair hfa)</i>	1	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proventil hfa)</i>	1	QL (13.4 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate (2 mg/5 ml syrup cup, sulf 2 mg/5 ml syrup, sulfate 2 mg tab, sulfate 4 mg tab, 8 mg/20 ml syrup cup)</i>	1	
<i>albuterol sulfate (sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, 2.5 mg/0.5 ml sol, sul 2.5 mg/3 ml soln, 5 mg/ml solution, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln)</i>	1	PA
<i>albuterol sulfate hfa</i>	1	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>epinephrine (0.15 mg auto-inject, 0.3 mg auto-inject)</i>	1	
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	1	QL (30 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		
CAYSTON	1	PA
KALYDECO	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ORKAMBI (100 MG TABLET, 200 MG TABLET)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ORKAMBI (75-94 MG GRANULE PKT, 100-125 MG GRANULE PKT, 150-188 MG GRANULE PKT)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
Mast Cell Stabilizers		
<i>cromolyn sodium 20 mg/2 ml neb soln</i>	1	PA
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
DALIRESP	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>ambrisentan</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>bosentan (62.5 mg tablet, 125 mg tablet)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bosentan 32 mg tablet for susp</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
LETAIRIS	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ORENITRAM ER	1	PA
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	1	PA
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	1	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

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 (62.5 MG TABLET, 125 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
VENTAVIS	1	Pulmonary Hypertension PA - Ventavis, QL (270 PER 30 DAYS)
WINREVAIR	1	PA, QL (1 PER 21 DAYS)
WINREVAIR (2 PACK)	1	PA, QL (1 PER 21 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>breyna</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	PA, QL (0.5 PER 28 DAYS)
FASENRA 30 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
FASENRA PEN	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol (100, 250, 500)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol (55, 113, 232)</i>	1	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium-albuterol</i>	1	PA
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>chlorzoxazone 500 mg tablet</i>	1	
<i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
<i>methocarbamol (500 mg tablet, 750 mg tablet)</i>	1	

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)
<i>eszopiclone</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 10

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>zolpidem tartrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zolpidem tartrate er</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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 10

Índice de medicamentos

A

abacavir	55	AFINITOR	39
abacavir-lamivudine	55	AFINITOR DISPERZ	39
abigale	99	afirmelle	99
abigale lo	99	AGRYLIN	69
ABILIFY	49	AIMOVIG AUTOINJECTOR	34
ABILIFY ASIMTUFII	49	AKEEGA	39
ABILIFY MAINTENA	49	ALA-CORT	85
abiraterone acetate	36	albendazole	46
abirtega	36	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic ProAir HFA)	121
ABRYSVO	112	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic Proventil HFA)	121
acamprosate calcium	15	albuterol sulfate	121
acarbose	61	albuterol sulfate hfa	121
ACCOLATE	120	alclometasone dipropionate	85
accutane	84	ALDACTONE	80
acebutolol hcl	73	ALECENSA	39
acetaminophen-codeine	13	alendronate sodium	115
acetazolamide	75	alfuzosin hcl er	96
acetazolamide er	75	aliskiren	75
acetic acid	119	allopurinol	34
acetylcysteine	123	alosetron hcl	91
acitretin	84	ALPHAGAN P	118
ACTEMRA	108	alprazolam	59
ACTEMRA ACTPEN	108	alprazolam er	60
ACTHAR	96	alprazolam xr	60
ACTHAR SELFJECT	96	altavera	99
ACTHIB	112	ALUNBRIG	39
ACTIMMUNE	110	alyacen	99
ACTOS	61	amabelz	99
ACULAR	117	amantadine	47
ACULAR LS	117	AMBISOME	33
acyclovir	59	ambrisentan	122
acyclovir sodium	59	amethia	99
ADACEL TDAP	112	amethyst	99
ADCIRCA	122	amikacin sulfate	16
ADDERALL XR	81	amiloride hcl	78
adefovir dipivoxil	58	amiloride-hydrochlorothiazide	75
ADEMPAS	122	amiodarone hcl	72
ADLARITY	27	amitriptyline hcl	31
ADVAIR HFA	123	amlodipine besylate	74

amlodipine besylate-benazepril	75	ARTHROTEC 50	11
amlodipine-atorvastatin	75	ARTHROTEC 75	11
amlodipine-olmesartan	75	asenapine maleate	49
amlodipine-valsartan	75	ashlyna	99
amlodipine-valsartan-hctz	75	ASMANEX	119
ammonium lactate	85	ASMANEX HFA	119
amnesteem	84	aspirin-dipyridamole er	70
amoxapine	31	ASTAGRAF XL	110
amoxicillin	19	ATACAND	71
amoxicillin-clavulanate pot er	19	ATACAND HCT	75
amoxicillin-clavulanate potass	20	atazanavir sulfate	57
amphotericin b	33	ATELVIA	115
amphotericin b liposome	33	atenolol	73
ampicillin sodium	20	atenolol-chlorthalidone	75
ampicillin trihydrate	20	ATGAM	107
ampicillin-sulbactam	20	atomoxetine hcl	82
AMPYRA	83	atorvastatin calcium	78
anagrelide hcl	69	atovaquone	46
anastrozole	39	atovaquone-proguanil hcl	47
ANORO ELLIPTA	123	atropine sulfate	116
apomorphine hcl	48	ATROVENT HFA	120
aprepitant	32	ATTRUBY	94
apri	99	aubra	99
APRISO	114	aubra eq	99
APTIOM	26	AUGTYRO	39
APTIVUS	57	aurovela	99
aqua care sodium chloride	88	aurovela 24 fe	99
aranelle	99	aurovela fe	99
ARANESP	69	AUSTEDO	82
ARCALYST	108	AUSTEDO XR	82
AREXVY	112	AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	82
ARICEPT	27	autosshield duo pen needle	65
ARIKAYCE	17	AUVELITY	27
ARIMIDEX	39	AVALIDE	76
aripiprazole	49	AVAPRO	71
aripiprazole odt	49	aviane	99
ARISTADA	49	avidoxy	22
ARISTADA INITIO	49	AVMAPKI-FAKZYNJA	38
armodafinil	125	AVONEX	83
ARNUITY ELLIPTA	119	AVONEX (4 PACK)	83
AROMASIN	39	AVONEX PEN (4 PACK)	83

ayuna	99	betamethasone diprop augmented	85
AYVAKIT	39	betamethasone dipropionate	85
AZACTAM	17	betamethasone valerate	85
AZASAN	110	BETASERON	83
azathioprine	110	betaxolol hcl	73,118
azelaic acid	84	bethanechol chloride	96
azelastine hcl	117,120	BETOPTIC S	118
AZELEX	84	bexarotene	46
AZILECT	48	BEXSERO	112
azithromycin	21	bicalutamide	36
AZOPT	118	BICILLIN L-A	20
AZOR	76	BIKTARVY	54
aztreonam	17	BILTRICIDE	46
AZULFIDINE	114	bimatoprost	119
azurette	99	bismuth-metronidazole-tetracyc	92
B		bisoprolol fumarate	73
bacitracin	116	bisoprolol-hydrochlorothiazide	76
bacitracin-polymyxin	116	blisovi 24 fe	99
baclofen	54	blisovi fe	99
BACTRIM	22	BONSITY	115
BACTRIM DS	22	BOOSTRIX TDAP	112
balsalazide disodium	114	bosentan	122
BALVERSA	39	BOSULIF	39,40
balziva	99	BRAFTOVI	40
BANZEL	26	BREO ELLIPTA	123
BAQSIMI	64	breyana	123
BARACLUDE	58	BREZTRI AEROSPHERE	123
BCG VACCINE (TICE STRAIN)	112	briellyn	100
BELBUCA	13	BRILINTA	70
BELSOMRA	124	brimonidine tartrate	118
benazepril hcl	72	brimonidine tartrate-timolol	116
benazepril-hydrochlorothiazide	76	brinzolamide	118
BENICAR	71	BRIVIACT	22
BENICAR HCT	76	bromfenac sodium	117
BENLYSTA	108	bromocriptine mesylate	48
BENZAMYCIN	84	BRUKINSA	40
benztropine mesylate	47	budesonide	119
BESIVANCE	116	budesonide dr	114
BESREMI	110	budesonide ec	114
betaine anhydrous	94	budesonide er	114
		budesonide-formoterol fumarate	123

bumetanide.....	78	carbidopa.....	48
BUPHENYL.....	94	carbidopa-levodopa.....	48
buprenorphine.....	13	carbidopa-levodopa er.....	48
buprenorphine hcl.....	15,16	carbidopa-levodopa-entacapone.....	47
buprenorphine-naloxone.....	16	CARDIZEM.....	74
bupropion hcl.....	28	CARDIZEM CD.....	74
bupropion hcl sr.....	16,28	CARDIZEM LA.....	74
bupropion hcl sr 150mg tablet.....	28	CARDURA.....	71
bupropion xl.....	28	carglumic acid.....	88
bupirone hcl.....	60	CARNITOR.....	94
butalbital-acetaminophen.....	11	CARNITOR SF.....	94
butalbital-acetaminophen-caffe.....	11	carteolol hcl.....	118
butalbital-aspirin-caffeine.....	11	cartia xt.....	74
butorphanol tartrate.....	14	carvedilol.....	73
BUTRANS.....	13	carvedilol er.....	73
BYSTOLIC.....	73	CASODEX.....	37
C		caspofungin acetate.....	33
cabergoline.....	106	CAYSTON.....	121
CABLIVI.....	70	cefaclor.....	18
CABOMETYX.....	40	cefadroxil.....	19
calcipotriene.....	87	cefazolin sodium.....	19
calcitonin-salmon.....	115	cefazolin sodium-dextrose.....	19
calcitrene.....	87	cefdinir.....	19
calcitriol.....	115	cefepime.....	19
CALQUENCE.....	40	cefepime hcl.....	19
camila.....	104	cefepime-dextrose.....	19
camrese.....	100	cefixime.....	19
camrese lo.....	100	cefoxitin.....	19
CANASA.....	114	cefoxitin sodium.....	19
CANCIDAS.....	33	cefpodoxime proxetil.....	19
candesartan cilexetil.....	71	cefprozil.....	19
candesartan-hydrochlorothiazid.....	76	ceftaroline fosamil.....	19
CAPLYTA.....	50	ceftazidime.....	19
CAPRELSA.....	40	ceftriaxone.....	19
captopril.....	72	cefuroxime.....	19
CARAFATE.....	93	cefuroxime sodium.....	19
CARBAGLU.....	88	CELEBREX.....	11
carbamazepine.....	26	celecoxib.....	11
carbamazepine er.....	26	CELEXA.....	29
CARBATROL.....	26	CELLCEPT.....	110
		CELONTIN.....	24

cephalexin.....	19	clindamycin phosphate-d5w.....	17
CEREZYME.....	94	clindamycin-0.9% nacl.....	17
cetirizine hcl.....	120	clindamycin-benzoyl peroxide.....	84
cevimeline hcl.....	84	clobazam.....	24
chateal eq.....	100	clobetasol emollient.....	85
CHEMET.....	90	clobetasol propionate.....	85,86
chenodal.....	92	clodan.....	86
chlordiazepoxide hcl.....	60	clomipramine hcl.....	31
chlorhexidine gluconate.....	84	clonazepam.....	60
chloroquine phosphate.....	47	clonidine.....	70
chlorpromazine hcl.....	32	clonidine hcl.....	70
chlorthalidone.....	78	clonidine hcl er.....	82
chlorzoxazone.....	124	clopidogrel.....	70
cholestyramine.....	79	clorazepate dipotassium.....	60
cholestyramine light.....	79	clotrimazole.....	33
CHORIONIC GONADOTROPIN.....	97	clotrimazole-betamethasone.....	87
ciclodan.....	33	clozapine.....	53
ciclopirox.....	33	clozapine odt.....	53
cilostazol.....	70	CLOZARIL.....	53
CIMDUO.....	55	COARTEM.....	47
cimetidine.....	93	COBENFY.....	53
cinacalcet hcl.....	115	COBENFY STARTER PACK.....	53
CIPRO.....	21	codeine sulfate.....	14
ciprofloxacin hcl.....	21,116	colchicine.....	34
ciprofloxacin-d5w.....	21	COLESTID.....	79
ciprofloxacin-dexamethasone.....	119	colestipol hcl.....	79
citalopram hbr.....	29	colistimethate.....	17
claravis.....	84	COMBIGAN.....	116
clarithromycin.....	21	COMBIPATCH.....	100
clarithromycin er.....	21	COMBIVENT RESPIMAT.....	123
clemastine fumarate.....	120	COMETRIQ.....	40
CLEOCIN.....	17	COMPLERA.....	55
CLEOCIN HCL.....	17	compro.....	32
CLEOCIN PHOSPHATE.....	17	COMTAN.....	47
CLEOCIN T.....	17	conjugated estrogens.....	98
clindacin etz.....	17	constulose.....	91
clindacin p.....	17	COPIKTRA.....	40
clindamycin (pediatric).....	17	CORLANOR.....	76
clindamycin hcl.....	17	CORTEF.....	96
clindamycin phos-benzoyl perox.....	84	COSENTYX (2 SYRINGES).....	108
clindamycin phosphate.....	17	COSENTYX SENSOREADY (2 PENS)....	108

COSENTYX SENSOREADY PEN.....	108	DAPTACEL DTAP.....	112
COSENTYX SYRINGE.....	108	daptomycin.....	18
COSENTYX UNOREADY PEN.....	108	DARAPRIM.....	47
COSOPT.....	116	darifenacin er.....	95
COTELLIC.....	40	darunavir.....	57
COZAAR.....	71	dasatinib.....	40
CREON.....	94	dasetta.....	100
CRESEMBA.....	33	DAURISMO.....	40
CRESTOR.....	78,79	DAYPRO.....	11
cromolyn sodium.....	94,117,122	daysee.....	100
cryselle.....	100	DAYVIGO.....	124
CRYSVITA.....	94	DDAVP.....	97
cyclobenzaprine hcl.....	124	deblitane.....	104
cyclophosphamide.....	36	deferasirox.....	90
cycloserine.....	36	DELSTRIGO.....	54
CYCLOSET.....	61	demeclocycline hcl.....	22
cyclosporine.....	110	DEMSEER.....	76
cyclosporine modified.....	110	DENGVAXIA.....	112
CYMBALTA.....	29	DEPAKOTE.....	22
cyproheptadine hcl.....	120	DEPAKOTE ER.....	23
cyred.....	100	DEPAKOTE SPRINKLE.....	23
cyred eq.....	100	DEPEN.....	96
CYSTADANE.....	94	DEPO-ESTRADIOL.....	98
CYSTADROPS.....	116	DEPO-PROVERA.....	104
CYSTAGON.....	94	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	104
CYSTARAN.....	116	DEPO-TESTOSTERONE.....	98
CYTOMEL.....	105	dermacinrx lidocan.....	15
CYTOTEC.....	93	DESCOVY.....	55
D		desipramine hcl.....	31
dabigatran etexilate.....	68	desloratadine.....	120
dalbavancin hcl.....	17	desmopressin acetate.....	97
dalfampridine er.....	83	desogestr-eth estrad eth estra.....	100
DALIRESP.....	122	desonide.....	86
DALVANCE.....	17	desoximetasone.....	86
danazol.....	98	desvenlafaxine succinate er.....	29
DANTRIUM.....	54	dexamethasone.....	96
dantrolene sodium.....	54	dexamethasone sodium phosphate.....	117
DANZITEN.....	40	DEXEDRINE.....	81
dapagliflozin.....	61	dexmethylphenidate hcl.....	82
dapsone.....	36	dextroamphetamine sulfate.....	81
		dextroamphetamine sulfate er.....	81

dextroamphetamine-amphet er	81	DIVIGEL	98
dextroamphetamine-amphetamine	81	dofetilide	72
dextrose 2.5%-0.45% nacl	88	dolishale	100
dextrose 5%-0.2% nacl	88	donepezil hcl	27
dextrose 5%-0.225% nacl	88	donepezil hcl odt	27
dextrose 5%-0.45% nacl	88	dorzolamide hcl	119
dextrose 5%-0.9% nacl	88	dorzolamide-timolol	116
dextrose in water	90	dotti	98
DIACOMIT	23	DOVATO	54
diazepam	24,60	doxazosin mesylate	71
diazoxide	64	doxepin hcl	31,86,124
diclofenac potassium	11	doxy 100	22
diclofenac sodium	11,87,117	doxycycline hyclate	22
diclofenac sodium er	11	doxycycline ir-dr	84
diclofenac sodium-misoprostol	11,12	doxycycline monohydrate	22
dicloxacillin sodium	20	DRIZALMA SPRINKLE	29
dicyclomine hcl	92	dronabinol	32
DIFICID	21	droplet insulin syringe	65
DIFLUCAN	33	droplet micron pen needle	65
difluprednate	117	droplet pen needle	65
digoxin	76	dropsafe pen needle	65
dihydroergotamine mesylate	34	drospirenone-eth estra-levomef	100
dilantin	26	drospirenone-ethinyl estradiol	100
DILANTIN-125	26	droxidopa	70
dilt-xr	75	DUAVEE	105
diltiazem 12hr er	75	DULERA	123
diltiazem 24hr er	75	duloxetine hcl	29
diltiazem 24hr er (cd)	75	DUPIXENT PEN	108
diltiazem 24hr er (la)	75	DUPIXENT SYRINGE	108
diltiazem 24hr er (xr)	75	DUREZOL	117
diltiazem hcl	75	dutasteride	96
dimethyl fumarate	83	dutasteride-tamsulosin	96
DIOVAN	71		
DIOVAN HCT	76	E	
DIPENTUM	114	E.E.S. 200	21
diphenoxylate-atropine	91	easy comfort insulin syringe	65
DIPROLENE	86	easy comfort pen needle	65
dipyridamole	70	easy touch insulin syringe	65
disulfiram	15	ec-naproxen	12
divalproex sodium	23	econazole nitrate	33
divalproex sodium er	23	EDARBI	71

EDARBYCLOR.....	76	ENTRESTO.....	76
EDURANT.....	54	ENTRESTO SPRINKLE.....	76
EDURANT PED.....	54	ENTYVIO PEN.....	108
efavirenz.....	54	enulose.....	91
efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate.....	55	ENVARUSUS XR.....	110
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate.....	55	EPIDIOLEX.....	23
EFFEXOR XR.....	29	epinastine hcl.....	117
ELELYSO.....	94	epinephrine.....	121
ELIDEL.....	86	epitol.....	26
ELIGARD.....	106	EPIVIR.....	55
elinest.....	100	eplerenone.....	80
ELIQUIS.....	68	EPRONTIA.....	23
ELIQUIS SPRINKLE.....	68	ergotamine-caffeine.....	34
eltrombopag olamine.....	69	ERIVEDGE.....	40
eluryng.....	100	ERLEADA.....	37
EMEND.....	32	erlotinib hcl.....	40
EMGALITY PEN.....	35	errin.....	105
EMGALITY SYRINGE.....	35	ertapenem.....	20
EMSAM.....	28	ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE).....	112
emtricitabine.....	55	ery.....	21
emtricitabine-rilpivirine-tenofovir disoproxil fumarate.....	55	ERY-TAB.....	21
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate.....	55	ERYPED 200.....	21
EMTRIVA.....	55	ERYPED 400.....	21
emzahn.....	104	ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	21
enalapril maleate.....	72	erythromycin.....	21,116
enalapril-hydrochlorothiazide.....	76	erythromycin ethylsuccinate.....	21
ENBREL.....	110	erythromycin lactobionate.....	21
ENBREL MINI.....	110	erythromycin-benzoyl peroxide.....	84
ENBREL SURECLICK.....	110	ESBRIET.....	123
ENDARI.....	94	escitalopram oxalate.....	29
ENDOCET.....	14	ESGIC.....	11
ENGERIX-B ADULT.....	112	eslicarbazepine acetate.....	26
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT.....	112	esomeprazole magnesium.....	93
enilloring.....	100	estarylla.....	100
enoxaparin sodium.....	68	ESTRACE.....	98
enpresse.....	100	estradiol.....	98
ENSACOVE.....	40	estradiol (once weekly).....	98
enskyce.....	100	estradiol (twice weekly).....	98
entacapone.....	47	estradiol valerate.....	98
entecavir.....	58	estradiol-norethindrone acetate.....	100
		ESTRING.....	98

eszopiclone	124	fesoterodine fumarate er	95
ethambutol hcl	36	FETZIMA	29,30
ethosuximide	24	FIASP	65
ethynodiol-ethinyl estradiol	100	FIASP FLEXTOUCH	65
etodolac	12	FIASP PENFILL	65
etodolac er	12	FIASP PUMPCART	65
etonogestrel-ethinyl estradiol	100	fidaxomicin	21
etravirine	55	FINACEA	84
EUCRISA	86	finasteride	96
EULEXIN	37	fingolimod	83
everolimus	40,110	FINTEPLA	23
EVISTA	105	FIRAZYR	107
EVOTAZ	57	FIRMAGON	106
EXELON	27	flac otic oil	119
exemestane	39	flecainide acetate	72
EXFORGE	76	fluconazole	33
EXFORGE HCT	76	fluconazole-nacl	33
EXJADE	90	flucytosine	33
EXXUA	28	fludrocortisone acetate	97
EYSUVIS	118	flunisolide	120
ezetimibe	79	fluocinolone acetonide	86
ezetimibe-simvastatin	79	fluocinolone acetonide oil	119
		fluocinonide	86
F		fluocinonide-e	86
falmina	100	fluorometholone	118
famciclovir	59	fluorouracil	87
famotidine	93	fluoxetine dr	30
FANAPT	50	fluoxetine hcl	30
FARESTON	37	fluphenazine decanoate	48
FARXIGA	61	fluphenazine hcl	48
FASENRA	123	flurbiprofen	12
FASENRA PEN	124	flurbiprofen sodium	118
febuxostat	34	fluticasone propionate	86,120
feirza	100	fluticasone propionate hfa	120
felbamate	23	fluticasone-salmeterol	124
felodipine er	74	fluvastatin er	79
FEMARA	39	fluvastatin sodium	79
fenofibrate	78	fluvoxamine maleate	30
fenofibric acid	78	FML	118
fentanyl	13	FOCALIN	82
fentanyl citrate	14	fondaparinux sodium	68

FORTEO.....	115
FOSAMAX.....	115
fosamprenavir calcium.....	57
fosfomycin tromethamine.....	18
fosinopril sodium.....	72
fosinopril-hydrochlorothiazide.....	76
FOTIVDA.....	41
FRUZAQLA.....	41
FULPHILA.....	69
furosemide.....	78
FUZEON.....	56
fyavolv.....	100
FYCOMPA.....	23

G

gabapentin.....	24
galantamine er.....	27
galantamine hbr.....	27
galantamine hydrobromide.....	27
galbriela.....	100
gallifrey.....	105
GAMMAGARD LIQUID.....	107
GAMMAGARD LIQUID ERC.....	108
GAMMAGARD S-D.....	108
GAMMAPLEX.....	108
GAMUNEX-C.....	108
GARDASIL 9.....	112
gatifloxacin.....	117
gauze pad.....	61
GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2 X 2.....	61
gavilyte-c.....	92
gavilyte-g.....	92
gavilyte-n.....	92
GAVRETO.....	41
gefitinib.....	41
gemfibrozil.....	78
gemmily.....	100
GEMTESA.....	95
generlac.....	91
gengraf.....	110

gentamicin sulfate.....	17,88,117
gentamicin sulfate in ns.....	17
GENVOYA.....	54
GEODON.....	50
GILENYA.....	83
GILOTRIF.....	41
glatiramer acetate.....	83
glatopa.....	83
GLEEVEC.....	41
GLEOSTINE.....	36
glimepiride.....	61
glipizide.....	61
glipizide er.....	62
glipizide xl.....	62
glipizide-metformin.....	62
glucagon emergency kit.....	64
glucose 5%-0.9% nacl.....	88
glucose in water.....	90
GLUCOTROL XL.....	62
glyburide.....	62
glyburide micronized.....	62
glyburide-metformin hcl.....	62
glycopyrrolate.....	92
GLYXAMBI.....	62
GOLYTELY.....	92
GOMEKLI.....	41
granisetron hcl.....	32
GRANIX.....	69
griseofulvin.....	33
griseofulvin ultramicrosize.....	33
guanfacine hcl.....	71
guanfacine hcl er.....	82
GVOKE.....	64
GVOKE HYPOPEN 1-PACK.....	64
GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	64
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	64
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE.....	64

H

HADLIMA.....	110
HADLIMA PUSHTOUCH.....	111

HADLIMA(CF).....	111	hydrocodone bitartrate er.....	13
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH.....	111	hydrocodone-acetaminophen.....	14
HAEGARDA.....	107	hydrocodone-ibuprofen.....	14
hailey.....	100	hydrocortisone.....	86,97,114
hailey 24 fe.....	101	hydrocortisone butyrate.....	86
hailey fe.....	101	hydrocortisone valerate.....	86
HALDOL DECANOATE 100.....	48	hydrocortisone-acetic acid.....	119
halobetasol propionate.....	86	hydromorphone hcl.....	14
haloette.....	101	hydroxychloroquine sulfate.....	47
haloperidol.....	48	hydroxyurea.....	38
haloperidol decanoate.....	48	hydroxyzine hcl.....	60
haloperidol decanoate 100.....	49	hydroxyzine pamoate.....	60
haloperidol lactate.....	49	HYRNUO.....	41
HAVRIX.....	112	HYZAAR.....	76
heather.....	105		
HEMADY.....	97	I	
heparin sodium.....	68	ibandronate sodium.....	115
HEPLISAV-B.....	112	IBRANCE.....	41
HERNEXEOS.....	41	IBTROZI.....	41
HETLIOZ.....	124	ibu.....	12
HIBERIX.....	112	ibuprofen.....	12
hidex.....	97	icatibant.....	107
HUMALOG.....	65	iclevia.....	101
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	65	ICLUSIG.....	41
HUMALOG KWIKPEN U-100.....	65	icosapent ethyl.....	79
HUMALOG KWIKPEN U-200.....	65	IDHIFA.....	41
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN.....	65	ILEVRO.....	118
HUMALOG MIX 75-25.....	65	imatinib mesylate.....	41
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN.....	65	IMBRUVICA.....	41
HUMALOG TEMPO PEN U-100.....	66	imipenem-cilastatin sodium.....	20
HUMATIN.....	17	imipramine hcl.....	32
HUMULIN 70-30.....	66	imiquimod.....	87
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	66	IMITREX.....	35
HUMULIN N.....	66	IMKELDI.....	41
HUMULIN N KWIKPEN.....	66	IMOVAX RABIES VACCINE.....	112
HUMULIN R.....	66	IMPAVIDO.....	18
HUMULIN R U-500.....	66	IMURAN.....	111
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	66	INBRIJA.....	48
hydralazine hcl.....	80	incassia.....	105
HYDREA.....	38	INCRELEX.....	97
hydrochlorothiazide.....	78	INCRUSE ELLIPTA.....	120

indapamide.....	78	isoniazid.....	36
INDERAL LA.....	73	ISOPROPYL ALCOHOL 0.7 ML/ML	
INDERAL XL.....	73	MEDICATED PAD.....	62
indomethacin.....	12	ISORDIL TITRADOSE.....	80
indomethacin er.....	12	isosorbide dinitrate.....	80
INFANRIX DTAP.....	112	isosorbide mononitrate.....	80
INGREZZA.....	83	isosorbide mononitrate er.....	80
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)..	83	isotretinoin.....	85
INGREZZA SPRINKLE.....	83	isradipine.....	74
INLURIYO.....	37	ISTALOL.....	118
INLYTA.....	41	ITOVEBI.....	41,42
INNOPRAN XL.....	73	itraconazole.....	33
INQOVI.....	38	ivabradine hcl.....	76
INREBIC.....	41	ivermectin.....	46,88
INSPRA.....	80	IWILFIN.....	38
INSULIN ASPART.....	66	IXIARO.....	112
INSULIN ASPART FLEXPEN.....	66	J	
INSULIN ASPART PENFILL.....	66	JADENU.....	90
INSULIN PEN NEEDLE.....	66	JADENU SPRINKLE.....	90
insulin syringe.....	66	jaimiess.....	101
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML	66	JAKAFI.....	42
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML..	66	jantoven.....	68
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML	66	JANUMET.....	62
insupen pen needle.....	66	JANUMET XR.....	62
INTELENCE.....	55	JANUVIA.....	62
INTRALIPID.....	90	JARDIANCE.....	62
introvale.....	101	jasmiel.....	101
INVEGA.....	50	JAYPIRCA.....	42
INVEGA HAFYERA.....	50	jencycla.....	105
INVEGA SUSTENNA.....	50	JENTADUETO.....	62
INVEGA TRINZA.....	50	JENTADUETO XR.....	63
INVELTYS.....	118	jinteli.....	101
IPOL.....	112	jolessa.....	101
ipratropium bromide.....	120	JUBBONTI.....	115
ipratropium-albuterol.....	124	juleber.....	101
irbesartan.....	71	JULUCA.....	54
irbesartan-hydrochlorothiazide.....	76	junel.....	101
IRESSA.....	41	junel fe.....	101
ISENTRESS.....	54	junel fe 24.....	101
ISENTRESS HD.....	54	JUXTAPID.....	79
isibloom.....	101		

JYNARQUE.....	90
JYNNEOS.....	112
JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE)...	112

K

kaitlib fe.....	101
KALETRA.....	57
kalliga.....	101
KALYDECO.....	121
kariva.....	101
kcl-d5w-0.2% nacl.....	89
kcl-d5w-0.225% nacl.....	89
kcl-d5w-0.45% nacl.....	89
kelnor 1-35.....	101
kelnor 1-50.....	101
KEPPRA.....	23
KERENDIA.....	80
KESIMPTA PEN.....	83
ketoconazole.....	33
ketorolac tromethamine.....	12,118
KINRIX.....	112
kionex.....	91
KISQALI.....	42
KISQALI FEMARA CO-PACK.....	38
KLARON.....	85
klayesta.....	33
klor-con 10.....	89
KLOR-CON 8.....	89
klor-con m10.....	89
KLOR-CON M15.....	89
klor-con m20.....	89
KLOXXADO.....	16
KOMZIFTI.....	42
KORLYM.....	106
KOSELUGO.....	42
kourzeq.....	84
KRAZATI.....	42
kurvelo.....	101
KUVAN.....	94

L

l-glutamine.....	94
labetalol hcl.....	73
lacosamide.....	26
lactulose.....	91
LAMICTAL.....	23
LAMICTAL (BLUE).....	23
lamivudine.....	55,56,58
lamivudine hbv.....	58
lamivudine-zidovudine.....	56
lamotrigine.....	23
lamotrigine (blue).....	23
lamotrigine er.....	23
LAMPIT.....	47
LANOXIN.....	76
lansoprazole.....	93
LANTUS.....	66
LANTUS SOLOSTAR.....	66
lapatinib.....	42
larin.....	101
larin 24 fe.....	101
larin fe.....	101
LASIX.....	78
latanoprost.....	119
LATUDA.....	50
LAYOLIS FE.....	101
LAZCLUZE.....	42
leena.....	101
leflunomide.....	111
lenalidomide.....	37
LENVIMA.....	42
lessina.....	101
LETAIRIS.....	122
letrozole.....	39
leucovorin calcium.....	38
LEUKERAN.....	36
LEUKINE.....	70
leuprolide acetate.....	106
leuprolide depot.....	106
levalbuterol tartrate hfa.....	121

levetiracetam	23	lo-zumandimine	102
levetiracetam er	23	LOESTRIN	102
LEVO-T	105	LOESTRIN FE	102
levobunolol hcl	118	lojaimiess	102
levocarnitine	94	LOKELMA	91
levocetirizine dihydrochloride	120	lomustine	36
levofloxacin	21	LONSURF	38
levofloxacin-d5w	22	loperamide	92
levonest	101	LOPID	78
levonorg-eth estrad eth estrad	101	lopinavir-ritonavir	57
levonorgestrel-eth estradiol	102	LOPRESSOR	73
levora-28	102	lorazepam	60
levorphanol tartrate	13	lorazepam intensol	61
levothyroxine sodium	106	LORBRENA	42
LEVOXYL	106	loryna	102
LEXAPRO	30	losartan potassium	72
LIALDA	114	losartan-hydrochlorothiazide	77
lidocaine	15	LOTENSIN	72
lidocaine hcl	15	LOTRONEX	92
lidocaine hcl laryngotracheal 4% solution	15	lovastatin	79
lidocaine hcl viscous	15	LOVENOX	69
lidocaine-prilocaine	15	low-ogestrel	102
lidocan iii	15	loxapine	49
lidocan iv	15	lubiprostone	91
lidocan v	15	luizza	102
LILETTA	96	LUMAKRAS	42
linezolid	18	LUMIGAN	119
linezolid-0.9% nacl	18	LUMRYZ	125
linezolid-d5w	18	LUMRYZ STARTER PACK	125
LINZESS	91	LUPRON DEPOT	106
liomny	106	LUPRON DEPOT (LUPANETA)	106
liothyronine sodium	106	LUPRON DEPOT-PED	106,107
LIPITOR	79	lurasidone hcl	51
lisdexamfetamine dimesylate	81	lurbipr	12
lisinopril	72	lutura	102
lisinopril-hydrochlorothiazide	76	LYBALVI	51
lithium carbonate	61	lyleq	105
lithium carbonate er	61	lyllana	99
lithium citrate	61	LYNPARZA	42
LITHOBID	61	LYRICA	24,25
LIVTENCITY	58	LYSODREN	38

LYTGOBI.....	42,43
LYUMJEV.....	66
LYUMJEV KWIKPEN U-100.....	66
LYUMJEV KWIKPEN U-200.....	66
LYUMJEV TEMPO PEN U-100.....	66
lyza.....	105

M

M-M-R II VACCINE.....	112
magnesium sulfate.....	89
MALARONE.....	47
malathion.....	88
maraviroc.....	56
marlissa.....	102
MARPLAN.....	28
MATULANE.....	36
matzim la.....	75
MAVYRET.....	58
MAXALT.....	35
MAXALT MLT.....	35
MAXITROL.....	116
meclizine hcl.....	32
MEDROL.....	97
medroxyprogesterone acetate.....	105
mefloquine hcl.....	47
megestrol acetate.....	105
MEKINIST.....	43
MEKTOVI.....	43
meleya.....	105
meloxicam.....	12
memantine hcl.....	27
memantine hcl er.....	27
MENEST.....	99
MENQUADFI.....	112
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP.....	112
mercaptopurine.....	37
meropenem.....	20
meropenem-0.9% nacl.....	21
merzee.....	102
mesalamine.....	114
mesalamine dr.....	114

mesalamine er.....	114
mesna.....	46
MESNEX.....	46
MESTINON.....	35
metformin hcl.....	63
metformin hcl er.....	63
methadone hcl.....	13
methazolamide.....	77
methenamine hippurate.....	18
methimazole.....	107
methocarbamol.....	124
methotrexate.....	111
methotrexate sodium.....	111
methoxsalen.....	87
methscopolamine bromide.....	92
methsuximide.....	24
methylphenidate er.....	82
methylphenidate hcl.....	82
methylprednisolone.....	97
methyltestosterone.....	98
metoclopramide hcl.....	92
metolazone.....	78
metoprolol succinate.....	73
metoprolol tartrate.....	73
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	77
METRO IV.....	18
METROCREAM.....	88
METROGEL.....	88
metronidazole.....	18,88
metyrosine.....	77
mexiletine hcl.....	73
micafungin.....	33
MICARDIS HCT.....	77
microgestin.....	102
microgestin fe.....	102
midodrine hcl.....	71
MIEBO.....	116
mifepristone.....	107
miglustat.....	94
mili.....	102
mimvey.....	102

minocycline hcl.....	22	NARCAN.....	16
minoxidil.....	80	NARDIL.....	28
mirtazapine.....	28	NATACYN.....	117
misoprostol.....	93	nateglinide.....	63
modafinil.....	125	NAYZILAM.....	25
MODEYSO.....	43	nebivolol hcl.....	74
moexipril hcl.....	72	NEBUPENT.....	47
molindone hcl.....	49	necon.....	102
mometasone furoate.....	86,87,120	NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY.....	66
mondoxyne nl.....	22	nefazodone hcl.....	30
mono-lynyah.....	102	neo-polycin.....	117
montelukast sodium.....	120	neo-polycin hc.....	116
morphine sulfate.....	14	neomycin sulfate.....	17
morphine sulfate er.....	13	neomycin-bacitracin-poly-hc.....	116
MOUNJARO.....	63	neomycin-bacitracin-polymyxin.....	117
MOVANTIK.....	91	neomycin-polymyxin-dexameth.....	116
MOVIPREP.....	92	neomycin-polymyxin-gramicidin.....	117
moxifloxacin.....	22,117	neomycin-polymyxin-hc.....	119
moxifloxacin hcl.....	22	neomycin-polymyxin-hydrocort.....	119
MRESVIA.....	113	NEORAL.....	111
MULTAQ.....	73	NERLYNX.....	43
mupirocin.....	88	neuac.....	85
mycophenolate mofetil.....	111	NEUPRO.....	48
mycophenolic acid.....	111	NEURONTIN.....	25
MYFORTIC.....	111	nevirapine.....	55
MYHIBBIN.....	111	nevirapine er.....	55
MYRBETRIQ.....	95	NEXAVAR.....	43
MYSOLINE.....	25	NEXIUM.....	93
N		NEXPLANON.....	96
nabumetone.....	12	niacin er.....	80
nadolol.....	74	nicardipine hcl.....	74
nafcillin.....	20	NICOTROL.....	16
nafcillin sodium.....	20	NICOTROL NS.....	16
naloxone hcl.....	16	nifedipine.....	74
naltrexone hcl.....	16	nifedipine er.....	74
nano 2nd gen pen needle.....	66	nikki.....	102
nano pen needle.....	66	NILANDRON.....	37
naproxen.....	12,13	nilotinib hcl.....	43
naproxen sodium.....	13	nilutamide.....	37
naratriptan hcl.....	35	nimodipine.....	74
		NINLARO.....	43

nisoldipine	74	NUPLAZID	51
nitazoxanide	47	NURTEC ODT	35
nitisinone	94	NUTRILIPID	91
NITRO-BID	80	NUVARING	102
nitrofurantoin	18	NUVIGIL	125
nitrofurantoin mono-macro	18	nyamyc	34
nitroglycerin	81	nylia	103
nitroglycerin patch	81	nystatin	34
NITROLINGUAL	81	nystatin-triamcinolone	87
NITROSTAT	81	nystop	34
NIVESTYM	70	O	
nizatidine	93	ocella	103
nora-be	105	octreotide acetate	107
norelgestromin-eth estradiol	102	octreotide acetate er	107
norethin-eth estra-ferrous fum	102	OCUFLOX	117
norethindron-ethinyl estradiol	102	ODEFSEY	56
norethindrone	105	ODOMZO	43
norethindrone ac (lupaneta)	105	OFEV	123
norethindrone acetate	105	ofloxacin	22,117,119
norethindrone-e.estradiol-iron	102	OGSIVEO	43
norgestimate-ethinyl estradiol	102	OJEMDA	43
NORPRAMIN	32	OJJAARA	43
NORTHERA	71	olanzapine	51
nortrel	102	olanzapine odt	51
nortriptyline hcl	32	olmesartan medoxomil	72
NORVASC	74	olmesartan-amlodipine-hctz	77
NORVIR	57	olmesartan-hydrochlorothiazide	77
NOVOLIN 70-30	66	olopatadine hcl	120
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	66	omega-3 acid ethyl esters	80
NOVOLIN N	67	omeprazole	93
NOVOLIN N FLEXPEN	67	omnipod 5 (g6/libre 2 plus)	67
NOVOLIN R	67	omnipod 5 dexg7g6 intro(gen 5)	67
NOVOLIN R FLEXPEN	67	omnipod 5 dexg7g6 pods (gen 5)	67
NOVOLOG	67	omnipod 5 g6-g7 intro kt(gen5)	67
NOVOLOG FLEXPEN	67	omnipod 5 g6-g7 pods (gen 5)	67
NOVOLOG MIX 70-30	67	omnipod 5 intro(g6/libre2plus)	67
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	67	omnipod classic pods (gen 3)	67
NOVOLOG PENFILL	67	omnipod dash intro kit (gen 4)	67
NOXAFIL	34	omnipod dash pdm kit (gen 4)	67
NUBEQA	37	omnipod dash pods (gen 4)	67
NUEDEXTA	83		

omnipod go pods.....	67	PALYNZIQ.....	94
OMNITROPE.....	97	PANRETIN.....	46
ondansetron hcl.....	32	pantoprazole sodium.....	93
ondansetron odt.....	33	paricalcitol.....	115
ONFI.....	25	PARNATE.....	29
ONUREG.....	38	paroxetine cr.....	30
OPIPZA.....	51	paroxetine er.....	30
OPVEE.....	16	paroxetine hcl.....	30
ORACEA.....	85	PAXIL.....	30
oralone.....	84	PAXLOVID.....	59
ORENCIA.....	108	PAXLOVID (EUA).....	59
ORENCIA CLICKJECT.....	108	pazopanib hcl.....	43
ORENITRAM ER.....	122	PEDIARIX.....	113
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT.....	122	PEDVAXHIB.....	113
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT.....	122	peg 3350-electrolyte.....	92
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT.....	122	peg-3350 and electrolytes.....	92
ORFADIN.....	94	peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c.....	92
ORGOVYX.....	38	PEGASYS.....	110
ORKAMBI.....	121	PEMAZYRE.....	43
orquidea.....	105	pen needle.....	67
ORSERDU.....	37	PENBRAYA.....	113
oseltamivir phosphate.....	58	penicillamine.....	96
OSENVELT.....	115	penicillin g potassium.....	20
OTEZLA.....	87	penicillin g sodium.....	20
OTEZLA XR.....	87	penicillin gk-iso-osm dextrose.....	20
OVIDE.....	88	penicillin v potassium.....	20
oxaprozin.....	13	PENMENVY MEN A-B-C-W-Y.....	113
oxazepam.....	61	PENTACEL.....	113
oxcarbazepine.....	26	PENTAM 300.....	47
oxybutynin chloride.....	95	pentamidine isethionate.....	47
oxybutynin chloride er.....	95	PENTASA.....	114
oxycodone hcl.....	14	pentoxifylline.....	77
oxycodone-acetaminophen.....	14,15	perampanel.....	23
OZEMPIC.....	63	perindopril erbumine.....	72
P		periogard.....	84
pacerone.....	73	permethrin.....	88
paliperidone er.....	51	perphenazine.....	32
		PERSERIS.....	51
		pfizerpen.....	20
		phenelzine sulfate.....	29
		phenobarbital.....	25

phenoxybenzamine hcl.....	71	prednisolone.....	97
PHENYTEK.....	26	prednisolone acetate.....	118
phenytoin.....	26	prednisolone sodium phosphate.....	97,118
phenytoin sodium extended.....	26	prednisone.....	97
philith.....	103	pregabalin.....	25
PIFELTRO.....	55	PREGNYL.....	97
pilocarpine hcl.....	84,119	PREMARIN.....	99
pimecrolimus.....	87	PREMPHASE.....	103
pimozide.....	49	PREMPRO.....	103
pimtrea.....	103	PRETOMANID.....	36
pindolol.....	74	PREVACID.....	93
pioglitazone hcl.....	63	prevalite.....	80
pioglitazone-glimepiride.....	63	PREVYMIS.....	58
pioglitazone-metformin.....	63	PREZCOBIX.....	57
piperacillin-tazobactam.....	20	PREZISTA.....	57
PIQRAY.....	43	PRIFTIN.....	36
pirfenidone.....	123	primaquine.....	47
piroxicam.....	13	primidone.....	25
PLAQUENIL.....	47	PRIORIX.....	113
PLAVIX.....	70	PRISTIQ.....	30
PLEGRIDY.....	83	PROAIR RESPICLICK.....	121
PLEGRIDY PEN.....	83	probenecid.....	34
podofilox.....	87	probenecid-colchicine.....	34
polycin.....	117	PROCARDIA XL.....	74
polymyxin b sul-trimethoprim.....	117	prochlorperazine.....	32
POMALYST.....	37	prochlorperazine maleate.....	32
portia.....	103	PROCRIT.....	70
posaconazole.....	34	procto-med hc.....	114
potassium chloride.....	89	proctosol-hc.....	115
potassium chloride in d5lr.....	89	proctozone-hc.....	115
potassium chloride proamp.....	89	progesterone.....	105
potassium chloride-0.45% nacl.....	89	PROGLYCEM.....	64
potassium chloride-dextrose 5%.....	89	PROGRAF.....	111
potassium citrate er.....	89	PROLASTIN C.....	94
pramipexole dihydrochloride.....	48	PROLENSA.....	118
prasugrel hcl.....	70	PROLIA.....	115
pravastatin sodium.....	79	PROMACTA.....	70
praziquantel.....	46	promethazine hcl.....	32
prazosin hcl.....	71	promethegan.....	32
PRED FORTE.....	118	propafenone hcl.....	73
PRED MILD.....	118	propafenone hcl er.....	73

propranolol hcl	74	rasagiline mesylate	48
propranolol hcl er	74	reclipsen	103
propylthiouracil	107	RECOMBIVAX HB	113
PROQUAD	113	RECTIV	81
PROSCAR	96	REGLAN	92
PROTONIX	93	RELENZA	58
protriptyline hcl	32	RELISTOR	91
PROVERA	105	REMERON	28
PROZAC	31	repaglinide	63
PRUDOXIN	87	REPATHA SURECLICK	80
PULMOZYME	122	REPATHA SYRINGE	80
PURIXAN	38	RESTASIS	116
PYLERA	92	RETACRIT	70
pyrazinamide	36	RETEVMO	43,44
pyridostigmine bromide	35	RETIN-A	85
pyridostigmine bromide er	35	RETROVIR	56
pyrimethamine	47	REVCovi	95
PYRUKYND	94,95	REVUFORJ	44
PYZCHIVA	109	REXTOVY	16
Q		REXULTI	51
QINLOCK	43	REYATAZ	57
QUADRACEL DTAP-IPV	113	REZDIFFRA	95
quetiapine fumarate	51	REZLIDHIA	44
quetiapine fumarate er	51	RHOPRESSA	119
quinapril hcl	72	ribavirin	58
quinapril-hydrochlorothiazide	77	RIDAURA	109
quinidine gluconate	73	rifabutin	36
quinidine sulfate	73	rifampin	36
quinine sulfate	47	rilpivirine	55
QVAR REDIHALER	120	riluzole	83
R		RINVOQ	109
RABAVERT	113	RINVOQ LQ	109
rabeprazole sodium	93	risedronate sodium	115
RALDESY	31	risedronate sodium dr	115
raloxifene hcl	105	RISPERDAL	51,52
ramelteon	124	RISPERDAL CONSTA	52
ramipril	72	risperidone	52
ranolazine er	77	risperidone er	52
RAPAFLO	96	risperidone odt	52
		RITALIN	82
		ritonavir	58

rivaroxaban.....	69	selenium sulfide.....	87
rivastigmine.....	27	SELZENTRY.....	56
rizatriptan.....	35	SENSIPAR.....	115
ROCALTROL.....	115	SEREVENT DISKUS.....	121
ROCKLATAN.....	119	SEROQUEL.....	52
roflumilast.....	122	SEROQUEL XR.....	52
ROMVIMZA.....	44	sertraline hcl.....	31
ropinirole er.....	48	setlakin.....	103
ropinirole hcl.....	48	SFROWASA.....	114
rosuvastatin calcium.....	79	sharobel.....	105
ROTARIX.....	113	SHINGRIX.....	113
ROTATEQ.....	113	SIGNIFOR.....	107
ROWASA.....	114	SIGNIFOR LAR.....	107
roweepra.....	24	sildenafil citrate.....	123
ROXICODONE.....	15	SILENOR.....	124
ROZEREM.....	124	silodosin.....	96
ROZLYTREK.....	44	SILVADENE.....	88
RUBRACA.....	44	silver sulfadiazine.....	88
rufinamide.....	26	SIMBRINZA.....	119
RUKOBIA.....	56	SIMLANDI(CF).....	111
RYBELSUS.....	63	SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR.....	111
RYDAPT.....	44	simliya.....	103
RYTARY.....	48	simpesse.....	103
S		simvastatin.....	79
SABRIL.....	25	SINEMET.....	48
sacubitril-valsartan.....	77	SINEMET 10-100.....	48
sajazir.....	107	SINEMET 25-100.....	48
SALAGEN.....	84	SINGULAIR.....	120
SAMSCA.....	90	sirolimus.....	111
SANDIMMUNE.....	111	SIRTURO.....	36
SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	107	SIVEXTRO.....	18
SANTYL.....	87	SKYLA.....	96
SAPHRIS.....	52	SKYRIZI.....	109
sapropterin dihydrochloride.....	95	SKYRIZI ON-BODY.....	109
saxagliptin hcl.....	63	SKYRIZI PEN.....	109
saxagliptin-metformin er.....	63	sod sulf-potass sulf-mag sulf.....	92
SCSEMBLIX.....	44	sodium chloride.....	90
scopolamine.....	32	sodium chloride-water.....	90
SECUADO.....	52	sodium oxybate.....	125
selegiline hcl.....	48	sodium phenylbutyrate.....	95
		sodium polystyrene sulfonate.....	91

solifenacin succinate.....	95	sulfasalazine.....	114
SOLQUA 100-33.....	63	sulfasalazine dr.....	114
SOLTAMOX.....	37	sulindac.....	13
SOMATULINE DEPOT.....	107	sumatriptan.....	35
SOMAVERT.....	107	sumatriptan succinate.....	35
SOOLANTRA.....	88	sunitinib malate.....	44
sorafenib.....	44	SUNLENCA.....	56
sotalol.....	73	SUPREP.....	92
sotalol af.....	73	SUTAB.....	92
SPIRIVA HANDIHALER.....	121	SUTENT.....	44
SPIRIVA RESPIMAT.....	121	syeda.....	103
spironolactone.....	80	SYMFI.....	55
spironolactone-hctz.....	77	SYMLINPEN 120.....	63
SPORANOX.....	34	SYMLINPEN 60.....	64
sprintec.....	103	SYMPAZAN.....	25
SPRITAM.....	24	SYMTUZA.....	58
SPRYCEL.....	44	SYNAREL.....	107
SPS.....	91	SYNJARDY.....	64
sronyx.....	103	SYNJARDY XR.....	64
SSD.....	88	SYNTHROID.....	106
STAMARIL.....	113	SYPRINE.....	90
STELARA.....	109	T	
STEQEYMA.....	109	TABLOID.....	38
sterile pads.....	63	TABRECTA.....	44
STIOLTO RESPIMAT.....	124	tacrolimus.....	87,111
STIVARGA.....	44	tadalafil.....	96,123
STOBOCLO.....	115	TAFINLAR.....	44,45
STRATTERA.....	82	TAGRISSO.....	45
STRENSIQ.....	95	TALZENNA.....	45
streptomycin sulfate.....	17	TAMIFLU.....	58,59
STRIBILD.....	54	tamoxifen citrate.....	37
STROMECTOL.....	46	tamsulosin hcl.....	96
SUBOXONE.....	16	taperdex.....	97
subvenite.....	24	TARGRETIN.....	46
subvenite (blue).....	24	tarina 24 fe.....	103
sucralfate.....	93	tarina fe.....	103
SULAR.....	74	tarina fe 1-20 eq.....	103
sulfacetamide sodium.....	85,117	TASIGNA.....	45
sulfacetamide-prednisolone.....	116	tasimelton.....	124
sulfadiazine.....	22	TASMAR.....	47
sulfamethoxazole-trimethoprim.....	22		

taysofy	103	TIAZAC	75
tazarotene	85	TIBSOVO	45
tazicef	19	ticagrelor	70
TAZORAC	85	TICOVAC	113
taztia xt	75	tigecycline	18
TAZVERIK	45	TIKOSYN	73
TECFIDERA	83	tilia fe	103
TEFLARO	19	timolol maleate	74,118
TEGRETOL	27	TIMOPTIC OCUDOSE	118
TEGRETOL XR	27	tinidazole	18
TEKTURNA	77	tiotropium bromide	121
telmisartan	72	TIROSINT	106
telmisartan-amlodipine	77	TIROSINT-SOL	106
telmisartan-hydrochlorothiazid	77	TIVICAY	54
temazepam	124	TIVICAY PD	54
tencon	11	tizanidine hcl	54
TENIVAC	113	TOBRADEX	116
tenofovir disoproxil fumarate	56	tobramycin	117,122
TENORETIC 100	77	tobramycin sulfate	17
TENORETIC 50	77	tobramycin-dexamethasone	116
TENORMIN	74	tolcapone	47
TEPMETKO	45	tolterodine tartrate	95
terazosin hcl	71	tolterodine tartrate er	96
terbinafine hcl	34	tolvaptan	90
terbutaline sulfate	121	topiramate	24
terconazole	34	TOPROL XL	74
teriparatide	115	toremifene citrate	37
testosterone	98	torpenz	45
testosterone cypionate	98	torse mide	78
testosterone enanthate	98	TOUJEO MAX SOLOSTAR	67
tetrabenazine	83	TOUJEO SOLOSTAR	67
tetracycline hcl	22	TOVIAZ	96
THALOMID	37	TRACLEER	123
THEO-24	122	TRADJENTA	64
theophylline anhydrous	122	tramadol hcl	15
theophylline er	122	tramadol hcl er	13
thioridazine hcl	49	tramadol hcl-acetaminophen	15
thiothixene	49	trandolapril	72
THYMOGLOBULIN	108	trandolapril-verapamil er	77
tiadylt er	75	tranexamic acid	70
tiagabine hcl	25	tranlycypromine sulfate	29

TRAVASOL.....	91	trospium chloride.....	96
TRAVATAN Z.....	119	trospium chloride er.....	96
travoprost.....	119	true comfort safety pen needle.....	67
trazodone hcl.....	31	TRULICITY.....	64
TRELEGY ELLIPTA.....	124	TRUMENBA.....	113
TRELSTAR.....	107	TRUQAP.....	45
TREMFYA.....	109	TRUVADA.....	56
TREMFYA ONE-PRESS.....	109	TUKYSA.....	45
TREMFYA PEN.....	109	TURALIO.....	45
TREMFYA PEN INDUCTION (2 PEN).....	109	turqoz.....	104
tretinoin.....	46,85	TWINRIX.....	113
tri-estarylla.....	103	TYBOST.....	57
tri-legest fe.....	103	tydemy.....	104
tri-linyah.....	103	TYENNE.....	110
tri-lo-estarylla.....	103	TYENNE AUTOINJECTOR.....	110
tri-lo-marzia.....	103	TYGACIL.....	18
tri-lo-mili.....	103	TYKERB.....	45
tri-lo-sprintec.....	103	TYMLOS.....	115
tri-mili.....	103	TYPHIM VI.....	113
tri-nymyo.....	103	U	
tri-sprintec.....	103	UDENYCA.....	70
tri-vylibra.....	104	UDENYCA AUTOINJECTOR.....	70
tri-vylibra lo.....	104	UDENYCA ONBODY.....	70
triamcinolone acetonide.....	84,87	ultra-fine insulin syringe.....	67
triamterene-hydrochlorothiazid.....	78	ultra-fine pen needle.....	67
TRIBENZOR.....	77	unifine otc pen needle.....	67
triderm.....	87	unifine pentips.....	67
trientine hcl.....	90	unifine pentips plus.....	68
trifluoperazine hcl.....	49	UNITHROID.....	106
trifluridine.....	117	ursodiol.....	92
trihexyphenidyl hcl.....	47	USTEKINUMAB-AEKN.....	110
TRIKAFTA.....	122	UZEDY.....	52
triklo.....	80	V	
TRILEPTAL.....	27	VAGIFEM.....	99
trimethoprim.....	18	valacyclovir.....	59
trimipramine maleate.....	32	VALCHLOR.....	36
TRINTELLIX.....	31	VALCYTE.....	58
TRIUMEQ.....	56	valganciclovir hcl.....	58
TRIUMEQ PD.....	56	valproic acid.....	24
trivora-28.....	104		
TROPHAMINE.....	91		

valsartan.....	72	vilazodone hcl.....	31
valsartan-hydrochlorothiazide.....	77	VIMKUNYA.....	113
VALTOCO.....	25	VIMPAT.....	27
VALTREX.....	59	viorele.....	104
valtya.....	104	VIRACEPT.....	58
vancomycin hcl.....	18	VIREAD.....	56
VANFLYTA.....	45	VITRAKVI.....	45
VAQTA.....	113	VIVITROL.....	16
varenicline tartrate.....	16	VIVOTIF.....	113
VARIVAX VACCINE.....	113	VIZIMPRO.....	45
VASCEPA.....	80	volnea.....	104
VASERETIC.....	77	VONJO.....	45
VASOTEC.....	72	VORANIGO.....	45
VAXCHORA VACCINE.....	113	voriconazole.....	34
velivet.....	104	voriconazole (hpbcd).....	34
VENCLEXTA.....	45	VOSEVI.....	58
VENCLEXTA STARTING PACK.....	45	VOTRIENT.....	46
venlafaxine besylate er.....	31	VOWST.....	93
venlafaxine hcl.....	31	VPRIV.....	95
venlafaxine hcl er.....	31	VRAYLAR.....	53
VENTAVIS.....	123	VUMERITY.....	84
VENTOLIN HFA.....	121	vyfemla.....	104
VEOZAH.....	83	vylibra.....	104
verapamil er.....	75	VYTORIN.....	80
verapamil er pm.....	75	VYVANSE.....	82
verapamil hcl.....	75		
verapamil sr.....	75	W	
VERELAN PM.....	75	warfarin sodium.....	69
VERQUVO.....	81	WELIREG.....	95
VERSACLOZ.....	53	WELLBUTRIN SR.....	28
VERZENIO.....	45	WELLBUTRIN XL.....	28
vestura.....	104	wera.....	104
VFEND IV.....	34	WINREVAIR.....	123
VIBERZI.....	92	WINREVAIR (2 PACK).....	123
vienva.....	104	wixela inhub.....	124
vigabatrin.....	25	wymzya fe.....	104
vigadrone.....	26	WYOST.....	116
VIGAFYDE.....	26		
VIGAMOX.....	117	X	
vigpoder.....	26	XALKORI.....	46
VIIBRYD.....	31	xarah fe.....	104

XARELTO.....	69	ZEPATIER.....	58
XATMEP.....	111	ZESTORETIC.....	77
XCOPRI.....	27	ZESTRIL.....	72
XDEMVY.....	116	ZETIA.....	80
xelria fe.....	104	ZIAGEN.....	56
XENAZINE.....	83	zidovudine.....	56
XERMELO.....	92	ZIEXTENZO.....	70
XGEVA.....	116	ziprasidone hcl.....	53
XHANCE.....	120	ziprasidone mesylate.....	53
XIFAXAN.....	93	ZITHROMAX.....	21
XIGDUO XR.....	64	ZITHROMAX TRI-PAK.....	21
XIIDRA.....	116	ZOCOR.....	79
XOFLUZA.....	59	ZOKINVY.....	95
XOLAIR.....	110	ZOLINZA.....	39
XOPENEX HFA.....	121	zolmitriptan odt.....	35
XOSPATA.....	46	ZOLOFT.....	31
XPOVIO.....	38	zolpidem tartrate.....	125
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY.....	38	zolpidem tartrate er.....	125
Xpovio 80 mg once weekly 16 pack.....	38	ZONALON.....	87
XTANDI.....	37	ZONEGRAN.....	27
xulane.....	104	ZONISADE.....	27
xyvona.....	13	zonisamide.....	27
Y			
yargesa.....	95	ZORTRESS.....	111
YASMIN 28.....	104	ZOSYN.....	20
YAZ.....	104	zovia 1-35.....	104
YF-VAX.....	113	ZOVIRAX.....	59
yuvaferm.....	99	ZTALMY.....	26
Z			
zafemy.....	104	ZTLIDO.....	15
zafirlukast.....	120	zumandimine.....	104
zaleplon.....	124	ZURZUVAE.....	28
ZARONTIN.....	24	ZYDELIG.....	46
ZEJULA.....	46	ZYKADIA.....	46
ZELBORAF.....	46	ZYPREXA.....	53
zelvysia.....	95	ZYPREXA ZYDIS.....	53
zenatane.....	85	ZYVOX.....	18
ZENPEP.....	95		
zenzedi.....	82		



Hamaspik Medicare

Aviso de no discriminación

Los planes Hamaspik Medicare Advantage cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discriminan sobre la base de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Hamaspik no excluye a las personas ni las trata de modo diferente a causa de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Los planes Hamaspik Medicare Advantage:

- Proporcionan asistencias y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para permitirles comunicarse de manera eficaz con nosotros, como intérpretes del lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles y otros tipos de formato).
- Proporcionan servicios de idioma gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese al número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros del plan de Hamaspik Medicare que figura en su tarjeta de identificación. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos todos los días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y en feriados federales, se usa un sistema de mensajes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si considera que el plan Hamaspik Medicare Advantage no ha proporcionado estos servicios o que lo ha discriminado de alguna otra forma sobre la base de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja llamando al número que figura en su tarjeta de identificación y explicando que necesita ayuda para presentar una queja. El Departamento de Servicios para Miembros de Hamaspik está disponible para ayudarlo.

También puede enviar su queja a la siguiente dirección:

Hamaspik Medicare Advantage
Attn: Grievance and Appeals
775 N. Main St.
Spring Valley, NY 10977

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del Portal de Reclamos de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

También puede presentar una queja por correo o por teléfono usando la siguiente información:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697).

Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



LANGUAGE ASSISTANCE NOTICE

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 1-888-426-2774 TTY 711.	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 1-888-426-2774 TTY 711	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电。1-888-426-2774 TTY 711	Chinese
ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم 1-888-426-2774 TTY 711.	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-426-2774 TTY 711 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 1-888-426-2774 TTY 711.	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 1-888-426-2774 TTY 711.	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 1-888-426-2774 TTY 711.	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 1-888-426-2774 TTY 711.	French Creole
1-אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. רופט 1-888-426-2774 TTY 711.	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 1-888-426-2774 TTY 711.	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 1-888-426-2774 TTY 711	Tagalog
মনোযোগ নামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-888-426-2774 TTY 711 এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 1-888-426-2774 TTY 711.	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 1-888-426-2774 TTY 711	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-888-426-2744 TTY 711۔	Urdu

Hamaspik Medicare Select (HMO-DSNP)

y

Hamaspik Medicare Choice (HMO-DSNP)

Formulario 2026

(Lista de medicamentos cubiertos o “Lista de medicamentos”)

**POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

ID de presentación del archivo del formulario aprobado

por HPMS: 26303 Este formulario se actualizó el 01/05/2026.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio para afiliados de Hamaspik Medicare Select y 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. to 8:00 p. m., del 1 de octubre de 2025 al 31 de marzo de 2026; y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de abril de 2026 al 30 de septiembre de 2026, o visite www.hamaspik.com.