

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 01/07/2026.

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 01/07/2026. 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 01/07/2026. 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 127. 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 127.

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

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
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		
<i>brivaracetam (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>brivaracetam 10 mg/ml oral sol</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
BRIVIAC (10 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (600 PER 30 DAYS)
DEPAKOTE	1	
DEPAKOTE ER	1	
DEPAKOTE SPRINKLE	1	
DIACOMIT	1	
<i>divalproex sodium</i>	1	
<i>divalproex sodium er</i>	1	
EPIDIOLEX	1	PA
EPRONTIA	1	
<i>felbamate</i>	1	
FINTEPLA	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
FYCOMPA (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)

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>perampanel 0.5 mg/ml oral susp</i>	1	QL (680 PER 28 DAYS)
<i>roweepra 500 mg tablet</i>	1	
SPRITAM	1	
<i>subvenite (blue)</i>	1	
SUBVENITE (SUBVENITE, SUBVENITE)	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)</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	
TEGRETOL	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 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 ER 45-105 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 150mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 200 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion xl hcl 150 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion xl hcl 300 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
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	
PARNATE	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>phenelzine sulfate</i>	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	1	
SSRIs/SNRI (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 (40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 200 mg tablet, 200 mg vial)</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 sphy</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)
<i>pomalidomide</i>	1	PA, QL (21 PER 28 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	

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
Antimetabolites		
<i>mercaptopurine</i>	1	
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)

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
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY DOSE	1	PA, QL (32 PER 28 DAYS)
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)

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 (400 MG TABLET, 500 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
BOSULIF 50 MG CAPSULE	1	PA, QL (330 PER 30 DAYS)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
BRUKINSA 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)

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>everolimus 3 mg tab for susp</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
FOTIVDA	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
GAVRETO	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>gefitinib</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GILOTRIF	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GLEEVEC 100 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
GLEEVEC 400 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
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)

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 3 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
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)

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 12 MG DOSE (3X 4MG TB)	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
LYTGOBI 16 MG DOSE (4X 4MG TB)	1	PA, QL (112 PER 28 DAYS)
LYTGOBI 20 MG DOSE (5X 4MG TB)	1	PA, QL (140 PER 28 DAYS)
MEKINIST 0.05 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (1170 PER 28 DAYS)
MEKINIST 0.5 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
MEKINIST 2 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
MEKTOVI	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)

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 (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
RETEVMO 40 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
RETEVMO 40 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RETEVMO 80 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
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)

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
TABRECTA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAFINLAR (50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	1	PA, QL (840 PER 28 DAYS)
TAGRISSO	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)

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
VORANIGO 10 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VORANIGO 40 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VOTRIENT	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XALKORI (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	
STROMEKTOL	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
Antiprotozoals		
<i>atovaquone</i>	1	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	1	
<i>chloroquine phosphate</i>	1	
COARTEM	1	
DARAPRIM	1	PA
<i>hydroxychloroquine sulfate</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	

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
TASMAR	1	
<i>tolcapone</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl (2 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	1	PA
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

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>fluphenazine hcl</i>	1	PA
HALDOL DECANOATE 100	1	PA
<i>haloperidol</i>	1	PA
<i>haloperidol decanoate</i>	1	PA
<i>haloperidol decanoate 100</i>	1	PA
<i>haloperidol lactate</i>	1	PA
<i>loxapine</i>	1	PA
<i>molindone hcl</i>	1	PA
<i>pimozide</i>	1	PA
<i>thioridazine hcl</i>	1	PA
<i>thiothixene</i>	1	PA
<i>trifluoperazine hcl</i>	1	PA
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY (10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 30 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ABILIFY (2 MG TABLET, 5 MG TABLET)	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML	1	QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML	1	QL (3.2 PER 56 OVER TIME)
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)

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
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)
BYSANTI (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)
BYSANTI (PACK A, PACK C)	1	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
BYSANTI YSANTI TITRATION PACK	1	PA, QL (12 PER 28 OVER TIME)
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)

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
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)
<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)

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>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)
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)

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
UZEDY ER 150 MG/0.42 ML SYRING	1	QL (0.42 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 200 MG/0.56 ML SYRING	1	QL (0.56 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 250 MG/0.7 ML SYRINGE	1	QL (0.7 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 50 MG/0.14 ML SYRINGE	1	QL (0.14 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 75 MG/0.21 ML SYRINGE	1	QL (0.21 PER 28 DAYS)
VRAYLAR (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)

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>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)

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)

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
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)
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>etravirine</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE (100 MG TABLET, 200 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 25 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<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-tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</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
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)
<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)

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
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)
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)
IDVYNZO	1	QL (30 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)

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
PREZISTA 600 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PREZISTA 75 MG TABLET	1	QL (300 PER 30 DAYS)
PREZISTA 800 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REYATAZ 200 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
REYATAZ 300 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>ritonavir</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
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

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
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)
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)

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
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)
<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>buspirone hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 30 mg tablet)</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)

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>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)
<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)
<i>dapagliflozin-metfor er 5-1000 mg</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>dapagliflozin-metformin er (dapagliflozin-metfo er 10-1000, dapagliflozin-metfor er 5-500, dapagliflozin-metfor er 10-500)</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)
<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)

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>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)
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)
OZEMPIC (1.5 MG TABLET, 4 MG TABLET, 9 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 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)

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>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)
SOLIQUA 100-33	1	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sterile pads ft 2" x 2"</i>	1	PA
SYMLINPEN 120	1	
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)

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
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	

Insulins

<i>autosield 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</i>	1	PA
<i>droplet pen needle</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

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>easy touch insulin syringe (0.3 ml 30g 8mm, 0.3 ml 31g 8mm, 0.5 ml 30g 8mm, 0.5 ml 31g 8mm, 1 ml 27g 12.7mm, 1 ml 28g 12.7mm, 1 ml 29g 12.7mm, 1 ml 30g 12.7mm, syr 1ml 30g 8mm, syr 1ml 31g 8mm)</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)
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

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>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)
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 dexg7g6 intro(gen 5)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod 5 dexg7g6 pods (gen 5)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod 5 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)

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>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
<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)

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>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 carpuct, 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	
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)

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
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
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	

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>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
<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)

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
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)
<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	

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>moexipril hcl</i>	1	
<i>perindopril erbumine</i>	1	
<i>quinapril hcl</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	
VASOTEC	1	
ZESTRIL	1	
Antiarrhythmics		
<i>amiodarone hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	1	
<i>dofetilide</i>	1	
<i>flecainide acetate</i>	1	
<i>mexiletine hcl</i>	1	
MULTAQ	1	
<i>pacerone (pacerone, pacerone)</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	

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>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	
<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	

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>nisoldipine (er 8.5 mg tablet, er 17 mg tablet, er 25.5 mg tablet, er 34 mg tablet)</i>	1	
NORVASC	1	
PROCARDIA XL	1	
SULAR	1	
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
CARDIZEM	1	
CARDIZEM CD	1	
CARDIZEM LA	1	
<i>cartia xt</i>	1	
<i>dilt-xr</i>	1	
<i>diltiazem 12hr er</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er</i>	1	
<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>tiadylt 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	

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
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-hctz</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ATACAND HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	1	
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	

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
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	
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>methazolamide</i>	1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metyrosine</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)

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>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	
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)

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>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)
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)

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
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 (2 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE)	1	PA
NEXLETOL	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
NEXLIZET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>niacin er (er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>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	

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>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	
<i>nitroglycerin (0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, 0.4% ointment, 0.6 mg tablet sl, 2% ointment, 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)

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>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)
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)

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>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)
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)

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
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)
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	

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
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	
<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)

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>zenatane</i>	1	PA
Dermatitis and Pruitus Agents		
ALA-CORT	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)
<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)

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>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% ointmnt)</i>	1	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>hydrocortisone (1% cream, 1% ointment)</i>	1	
<i>hydrocortisone 2.5% lotion</i>	1	QL (118 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone 2.5% ointment</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone butyrate (hydrocort buty 0.1% lipid crm, hydrocort buty 0.1% lipo cream, hydrocortisone buty 0.1% cream, hydrocortisone butyr 0.1% oint)</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone 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)
<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

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
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)
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

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
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	
<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	

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>potassium chloride (cl 10% (20 meq/15 ml) cup, cl 10% (40 meq/30 ml) cup, cl 20% (40 meq/15 ml) cup, cl 2 meq/ml conc, cl 10 meq/5 ml conc, cl 10% (20 meq/15 ml), cl 10% (40 meq/30 ml), cl 20 meq/10 ml conc, cl 20% (40 meq/15 ml), 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	
<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

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
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
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	

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>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
<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	

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>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	
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	

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
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)
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

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
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)
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)

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
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)
<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)

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>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	
<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	

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>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

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

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>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	
<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	

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>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	
<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	

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>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	
<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	

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>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	
<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	

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>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	
<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	

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>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	
<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	

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>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	
<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	

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>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	
<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)

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
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)
LIFYORLI 125 MG DOSE PACK	1	PA, QL (18 PER 28 DAYS)
LIFYORLI 150 MG DOSE PACK	1	PA, QL (27 PER 28 DAYS)
LUPRON DEPOT (3.75 MG KIT, 7.5 MG 1 MONTH KT)	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)
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

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, 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
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)

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
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)
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)

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
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 (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL)	1	PA, QL (1.5 PER 84 OVER TIME)
STEQEYMA 130 MG/26 ML VIAL	1	PA, QL (104 PER 180 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)
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

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
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)
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

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
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
<i>tacrolimus xl</i>	1	PA
XATMEP	1	PA
ZORTRESS	1	PA
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

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
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	
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

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
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	

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)

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>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)
<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)
AELVIA	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

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
FOSAMAX	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	1	QL (1 PER 28 DAYS)
JUBBONTI	1	PA
OSEVELT	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
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	
<i>cyclosporine 0.05% eye emuls</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
CYSTADROPS	1	PA, QL (20 PER 28 DAYS)
CYSTARAN	1	PA, QL (60 PER 28 DAYS)
<i>dorzolamide-timolol eye drops</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
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	
XDEMVI	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	
<i>gatifloxacin</i>	1	
<i>gentamicin sulfate 0.3% eye drop</i>	1	
<i>moxifloxacin (0.5% drops, 0.5% drp-vise)</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	

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>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	
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	

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
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	
<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 Prostamide Analogs		
<i>bimatoprost 0.03% eye drops</i>	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
<i>latanoprost 0.005% eye drops</i>	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
LUMIGAN	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)

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
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
<i>flunisolide</i>	1	QL (75 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg spray</i>	1	QL (16 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate hfa 110 mcg</i>	1	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate hfa 220 mcg</i>	1	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate hfa 44 mcg</i>	1	QL (10.6 PER 30 DAYS)
<i>mometasone furoate 50 mcg spry</i>	1	QL (34 PER 30 DAYS)
QVAR REDHALER 40 MCG	1	QL (10.6 PER 30 DAYS)
QVAR REDHALER 80 MCG	1	QL (21.2 PER 30 DAYS)
XHANCE	1	QL (32 PER 30 DAYS)
Antihistamines		
<i>azelastine hcl 0.1% (137 mcg) spry</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>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 spray</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)
<i>ipratropium bromide 17 mcg hfa inh</i>	1	QL (25.8 PER 30 DAYS)
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	

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>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)
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

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
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
<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)

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
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)
<i>nintedanib esylate</i>	1	PA, QL (60 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 AEROSPHR 160-9-4.8 MCG	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)
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)

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
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)
<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)

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>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	70
ABILIFY	49	AIMOVIG AUTOINJECTOR	34
ABILIFY ASIMTUFII	49	AKEEGA	39
ABILIFY MAINTENA	49	ALA-CORT	86
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	121,122
acarbose	61	albuterol sulfate hfa	122
ACCOLATE	121	alclometasone dipropionate	86
accutane	85	ALDACTONE	80
acebutolol hcl	73	ALECENSA	39
acetaminophen-codeine	13	alendronate sodium	115
acetazolamide	76	alfuzosin hcl er	96
acetazolamide er	76	aliskiren	76
acetic acid	120	allopurinol	34
acetylcysteine	124	alose tron hcl	92
acitretin	85	ALPHAGAN P	119
ACTEMRA	108	alprazolam	60
ACTEMRA ACTPEN	108	alprazolam er	60
ACTHAR	97	alprazolam xr	60
ACTHAR SELFJECT	97	altavera	99
ACTHIB	112	ALUNBRIG	39
ACTIMMUNE	110	alyacen	99
ACTOS	61	amabelz	99
ACULAR	118	amantadine	47
ACULAR LS	118	AMBISOME	33
acyclovir	59	ambrisentan	123
acyclovir sodium	59	amethia	99
ADACEL TDAP	112	amethyst	100
ADCIRCA	123	amikacin sulfate	16
ADDERALL XR	81	amiloride hcl	78
adefovir dipivoxil	58	amiloride-hydrochlorothiazide	76
ADEMPAS	123	amiodarone hcl	73
ADLARITY	27	amitriptyline hcl	31
ADVAIR HFA	124	amlodipine besylate	74

amlodipine besylate-benazepril	76	ARTHROTEC 50	11
amlodipine-atorvastatin	76	ARTHROTEC 75	11
amlodipine-olmesartan	76	asenapine maleate	50
amlodipine-valsartan	76	ashlyna	100
amlodipine-valsartan-hctz	76	ASMANEX	120
ammonium lactate	86	ASMANEX HFA	120
amnesteem	85	aspirin-dipyridamole er	70
amoxapine	31	ASTAGRAF XL	111
amoxicillin	19	ATACAND	71
amoxicillin-clavulanate pot er	19	ATACAND HCT	76
amoxicillin-clavulanate potass	20	atazanavir sulfate	57
amphotericin b	33	ATELVIA	115
amphotericin b liposome	33	atenolol	73
ampicillin sodium	20	atenolol-chlorthalidone	76
ampicillin trihydrate	20	ATGAM	108
ampicillin-sulbactam	20	atomoxetine hcl	82
AMPYRA	83	atorvastatin calcium	79
anagrelide hcl	70	atovaquone	47
anastrozole	39	atovaquone-proguanil hcl	47
ANORO ELLIPTA	124	atropine sulfate	116
apomorphine hcl	48	ATROVENT HFA	121
aprepitant	32	ATTRUBY	94
apri	100	aubra	100
APRISO	114	aubra eq	100
APTIOM	26	AUGTYRO	39
APTIVUS	57	aurovela	100
aqua care sodium chloride	89	aurovela 24 fe	100
aranelle	100	aurovela fe	100
ARANESP	70	AUSTEDO	83
ARCALYST	108	AUSTEDO XR	83
AREXVY	112	AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	83
ARICEPT	27	autoschild duo pen needle	65
ARIKAYCE	17	AUVELITY	27
ARIMIDEX	39	AVALIDE	76
aripiprazole	49	AVAPRO	71
aripiprazole odt	49	aviane	100
ARISTADA	49,50	avidoxy	22
ARISTADA INITIO	50	AVMAPKI-FAKZYNJA	38
armodafinil	125	AVONEX	84
ARNUITY ELLIPTA	120	AVONEX (4 PACK)	83
AROMASIN	39	AVONEX PEN (4 PACK)	84

ayuna	100	betamethasone diprop augmented	86
AYVAKIT	39	betamethasone dipropionate	86
AZACTAM	17	betamethasone valerate	86
AZASAN	111	BETASERON	84
azathioprine	111	betaxolol hcl	73,119
azelaic acid	85	bethanechol chloride	97
azelastine hcl	118,120	BETOPTIC S	119
AZELEX	85	bexarotene	46
AZILECT	48	BEXSERO	112
azithromycin	21	bicalutamide	36
AZOPT	119	BICILLIN L-A	20
AZOR	76	BIKTARVY	54
aztreonam	17	BILTRICIDE	46
AZULFIDINE	114	bimatoprost	119
azurette	100	bismuth-metronidazole-tetracyc	92
B		bisoprolol fumarate	73
bacitracin	117	bisoprolol-hydrochlorothiazide	76
bacitracin-polymyxin	117	blisovi 24 fe	100
baclofen	54	blisovi fe	100
BACTRIM	22	BONSITY	115
BACTRIM DS	22	BOOSTRIX TDAP	112
balsalazide disodium	114	bosentan	123
BALVERSA	39	BOSULIF	39,40
balziva	100	BRAFTOVI	40
BANZEL	26	BREO ELLIPTA	124
BAQSIMI	64	breyana	124
BARACLUDE	58	BREZTRI AEROSPHERE	124
BCG VACCINE (TICE STRAIN)	112	briellyn	100
BELBUCA	13	BRILINTA	70
BELSOMRA	125	brimonidine tartrate	119
benazepril hcl	72	brimonidine tartrate-timolol	116
benazepril-hydrochlorothiazide	76	brinzolamide	119
BENICAR	72	brivaracetam	22
BENICAR HCT	76	BRIVIACT	22,23
BENLYSTA	108	bromfenac sodium	118
BENZAMYCIN	85	bromocriptine mesylate	48
benztropine mesylate	47	BRUKINSA	40
BESIVANCE	117	budesonide	120
BESREMI	110	budesonide dr	115
betaine anhydrous	94	budesonide ec	115
		budesonide er	115

budesonide-formoterol fumarate.....	124	carbamazepine er.....	26
bumetanide.....	78	CARBATROL.....	26
BUPHENYL.....	94	carbidopa.....	48
buprenorphine.....	13	carbidopa-levodopa.....	48
buprenorphine hcl.....	15,16	carbidopa-levodopa er.....	48
buprenorphine-naloxone.....	16	carbidopa-levodopa-entacapone.....	47
bupropion hcl.....	27,28	CARDIZEM.....	75
bupropion hcl sr.....	16,28	CARDIZEM CD.....	75
bupropion hcl sr 150mg tablet.....	28	CARDIZEM LA.....	75
bupropion xl.....	28	CARDURA.....	71
bupirone hcl.....	60	carglumic acid.....	89
butalbital-acetaminophen.....	11	CARNITOR.....	94
butalbital-acetaminophen-caffe.....	11	CARNITOR SF.....	94
butalbital-aspirin-caffeine.....	11	carteolol hcl.....	119
butorphanol tartrate.....	14	cartia xt.....	75
BUTRANS.....	13	carvedilol.....	74
BYSANTI.....	50	carvedilol er.....	74
BYSTOLIC.....	73	CASODEX.....	37
C		caspofungin acetate.....	33
cabergoline.....	106	CAYSTON.....	122
CABLIVI.....	70	cefaclor.....	18
CABOMETYX.....	40	cefadroxil.....	19
calcipotriene.....	88	cefazolin sodium.....	19
calcitonin-salmon.....	115	cefazolin sodium-dextrose.....	19
calcitrene.....	88	cefdinir.....	19
calcitriol.....	115	cefepime.....	19
CALQUENCE.....	40	cefepime hcl.....	19
camila.....	105	cefepime-dextrose.....	19
camrese.....	100	cefixime.....	19
camrese lo.....	100	cefoxitin.....	19
CANASA.....	114	cefoxitin sodium.....	19
CANCIDAS.....	33	cefpodoxime proxetil.....	19
candesartan cilexetil.....	72	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.....	89	CELEBREX.....	11
carbamazepine.....	26	celecoxib.....	11
		CELEXA.....	29

CELLCEPT.....	111	clindamycin phos-benzoyl perox.....	85
CELONTIN.....	24	clindamycin phosphate.....	17
cephalexin.....	19	clindamycin phosphate-d5w.....	17
CEREZYME.....	94	clindamycin-0.9% nacl.....	17
cetirizine hcl.....	121	clindamycin-benzoyl peroxide.....	85
cevimeline hcl.....	84	clobazam.....	24
chateal eq.....	100	clobetasol emollient.....	86
CHEMET.....	90	clobetasol propionate.....	86
chenodal.....	92	clodan.....	86
chlordiazepoxide hcl.....	60	clomipramine hcl.....	31
chlorhexidine gluconate.....	84	clonazepam.....	60
chloroquine phosphate.....	47	clonidine.....	71
chlorpromazine hcl.....	32	clonidine hcl.....	71
chlorthalidone.....	78	clonidine hcl er.....	82
chlorzoxazone.....	125	clopidogrel.....	71
cholestyramine.....	80	clorazepate dipotassium.....	60
cholestyramine light.....	80	clotrimazole.....	33
CHORIONIC GONADOTROPIN.....	98	clotrimazole-betamethasone.....	88
ciclodan.....	33	clozapine.....	53
ciclopirox.....	33	clozapine odt.....	53,54
cilostazol.....	71	CLOZARIL.....	54
CIMDUO.....	55	COARTEM.....	47
cimetidine.....	93	COBENFY.....	53
cinacalcet hcl.....	115	COBENFY STARTER PACK.....	53
CIPRO.....	21	codeine sulfate.....	14
ciprofloxacin hcl.....	21,117	colchicine.....	34
ciprofloxacin-d5w.....	21	COLESTID.....	80
ciprofloxacin-dexamethasone.....	120	colestipol hcl.....	80
citalopram hbr.....	29	colistimethate.....	17
claravis.....	85	COMBIGAN.....	116
clarithromycin.....	21	COMBIPATCH.....	100
clarithromycin er.....	21	COMBIVENT RESPIMAT.....	124
clemastine fumarate.....	121	COMETRIQ.....	40
CLEOCIN.....	17	COMPLERA.....	55
CLEOCIN HCL.....	17	compro.....	32
CLEOCIN PHOSPHATE.....	17	COMTAN.....	47
CLEOCIN T.....	17	conjugated estrogens.....	99
clindacin etz.....	17	constulose.....	91
clindacin p.....	17	COPIKTRA.....	40
clindamycin (pediatric).....	17	CORLANOR.....	76
clindamycin hcl.....	17	CORTEF.....	97

COSENTYX (2 SYRINGES).....	109	dapagliflozin.....	61
COSENTYX SENSOREADY (2 PENS)...	109	dapagliflozin-metfor er 5-1000 mg.....	61
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	109	dapagliflozin-metformin er.....	62
COSENTYX SYRINGE.....	109	dapsone.....	36
COSENTYX UNOREADY PEN.....	109	DAPTACEL DTAP.....	112
COSOPT.....	116	daptomycin.....	18
COTELLIC.....	40	DARAPRIM.....	47
COZAAR.....	72	darifenacin er.....	96
CREON.....	94	darunavir.....	57
CRESEMBA.....	33	dasatinib.....	40
CRESTOR.....	79	dasetta.....	100
cromolyn sodium.....	94,118,122	DAURISMO.....	40
cryselle.....	100	DAYPRO.....	11
CRYSVITA.....	94	daysee.....	100
cyclobenzaprine hcl.....	125	DAYVIGO.....	125
cyclophosphamide.....	36	DDAVP.....	98
cycloserine.....	36	deblitane.....	105
CYCLOSET.....	61	deferasirox.....	90
cyclosporine.....	111,116	DELSTRIGO.....	55
cyclosporine modified.....	111	demeclocycline hcl.....	22
CYMBALTA.....	29	DEMSEER.....	76
cyproheptadine hcl.....	121	DENGVAXIA.....	112
cyred.....	100	DEPAKOTE.....	23
cyred eq.....	100	DEPAKOTE ER.....	23
CYSTADANE.....	94	DEPAKOTE SPRINKLE.....	23
CYSTADROPS.....	116	DEPEN.....	97
CYSTAGON.....	94	DEPO-ESTRADIOL.....	99
CYSTARAN.....	116	DEPO-PROVERA.....	105
CYTOMEL.....	106	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	105
CYTOTEC.....	93	DEPO-TESTOSTERONE.....	98
D		dermacinrx lidocan.....	15
dabigatran etexilate.....	68	DESCOVY.....	55
dalbavancin hcl.....	17	desipramine hcl.....	31
dalfampridine er.....	84	desloratadine.....	121
DALIRESP.....	123	desmopressin acetate.....	98
DALVANCE.....	17	desogestr-eth estrad eth estra.....	100
danazol.....	98	desonide.....	86
DANTRIUM.....	54	desoximetasone.....	86
dantrolene sodium.....	54	desvenlafaxine succinate er.....	29
DANZITEN.....	40	dexamethasone.....	97
		dexamethasone sodium phosphate.....	118

DEXEDRINE.....	81	dipyridamole.....	71
dexmethylphenidate hcl.....	82	disulfiram.....	15
dextroamphetamine sulfate.....	81,82	divalproex sodium.....	23
dextroamphetamine sulfate er.....	82	divalproex sodium er.....	23
dextroamphetamine-amphet er.....	82	DIVIGEL.....	99
dextroamphetamine-amphetamine.....	82	dofetilide.....	73
dextrose 2.5%-0.45% nacl.....	89	dolishale.....	100
dextrose 5%-0.2% nacl.....	89	donepezil hcl.....	27
dextrose 5%-0.225% nacl.....	89	donepezil hcl odt.....	27
dextrose 5%-0.45% nacl.....	89	dorzolamide hcl.....	119
dextrose 5%-0.9% nacl.....	89	dorzolamide-timolol.....	116
dextrose in water.....	91	dotti.....	99
DIACOMIT.....	23	DOVATO.....	54
diazepam.....	24,60,61	doxazosin mesylate.....	71
diazoxide.....	64	doxepin hcl.....	31,86,125
diclofenac potassium.....	11	doxy 100.....	22
diclofenac sodium.....	11,88,118	doxycycline hyclate.....	22
diclofenac sodium er.....	11	doxycycline ir-dr.....	85
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.....	118	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.....	71
dilt-xr.....	75	DUAVEE.....	106
diltiazem 12hr er.....	75	DULERA.....	124
diltiazem 24hr er.....	75	duloxetine hcl.....	29
diltiazem 24hr er (cd).....	75	DUPIXENT PEN.....	109
diltiazem 24hr er (la).....	75	DUPIXENT SYRINGE.....	109
diltiazem 24hr er (xr).....	75	DUREZOL.....	118
diltiazem hcl.....	75	dutasteride.....	96
dimethyl fumarate.....	84	dutasteride-tamsulosin.....	96
DIOVAN.....	72		
DIOVAN HCT.....	76	E	
DIPENTUM.....	114	E.E.S. 200.....	21
diphenoxylate-atropine.....	92	easy comfort insulin syringe.....	65
DIPROLENE.....	86	easy comfort pen needle.....	65

easy touch insulin syringe.....	66	ENSACOVE.....	40
ec-naproxen.....	12	enskyce.....	101
econazole nitrate.....	33	entacapone.....	47
EDARBI.....	72	entecavir.....	58
EDARBYCLOR.....	76	ENTRESTO.....	77
EDURANT.....	55	ENTRESTO SPRINKLE.....	77
EDURANT PED.....	55	ENTYVIO PEN.....	109
efavirenz.....	55	enulose.....	91
efavirenz-emtric-tenofov disop.....	55	ENVARBUS XR.....	111
efavirenz-lamivu-tenofov disop.....	55	EPIDIOLEX.....	23
EFFEXOR XR.....	29	epinastine hcl.....	118
ELELYSO.....	95	epinephrine.....	122
ELIDEL.....	86	epitol.....	26
ELIGARD.....	106,107	EPIVIR.....	56
elinest.....	101	eplerenone.....	81
ELIQUIS.....	68	EPRONTIA.....	23
ELIQUIS SPRINKLE.....	68	ergotamine-caffeine.....	34
eltrombopag olamine.....	70	ERIVEDGE.....	40
eluryng.....	101	ERLEADA.....	37
EMEND.....	32	erlotinib hcl.....	40
EMGALITY PEN.....	35	errin.....	105
EMGALITY SYRINGE.....	35	ertapenem.....	20
EMSAM.....	28	ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE).....	113
emtricitabine.....	55	ery.....	21
emtricitabine-rilpivirne-tenof.....	55	ERY-TAB.....	21
emtricitabine-tenofovir disop.....	55	ERYPED 200.....	21
EMTRIVA.....	56	ERYPED 400.....	21
emzahn.....	105	ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	21
enalapril maleate.....	72	erythromycin.....	21,117
enalapril-hydrochlorothiazide.....	76	erythromycin ethylsuccinate.....	21
ENBREL.....	111	erythromycin lactobionate.....	21
ENBREL MINI.....	111	erythromycin-benzoyl peroxide.....	85
ENBREL SURECLICK.....	111	ESBRIET.....	124
ENDARI.....	95	escitalopram oxalate.....	29
ENDOCET.....	14	ESGIC.....	11
ENGERIX-B ADULT.....	112	eslicarbazepine acetate.....	26
ENGERIX-B PEDIATRIC- ADOLESCENT.....	113	esomeprazole magnesium.....	94
enilloring.....	101	estarylla.....	101
enoxaparin sodium.....	68,69	ESTRACE.....	99
enpresse.....	101	estradiol.....	99
		estradiol (once weekly).....	99

estradiol (twice weekly).....	99	fenofibrate.....	78,79
estradiol valerate.....	99	fenofibric acid.....	79
estradiol-norethindrone acetat.....	101	fentanyl.....	13
ESTRING.....	99	fentanyl citrate.....	14
eszopiclone.....	125	fesoterodine fumarate er.....	96
ethambutol hcl.....	36	FETZIMA.....	29,30
ethosuximide.....	24	FIASP.....	66
ethynodiol-ethinyl estradiol.....	101	FIASP FLEXTOUCH.....	66
etodolac.....	12	FIASP PENFILL.....	66
etodolac er.....	12	FIASP PUMPCART.....	66
etonogestrel-ethinyl estradiol.....	101	fidaxomicin.....	21
etravirine.....	55	FINACEA.....	85
EUCRISA.....	86	finasteride.....	96
EULEXIN.....	37	fingolimod.....	84
everolimus.....	40,41,111	FINTEPLA.....	23
EVISTA.....	106	FIRAZYR.....	108
EVOTAZ.....	57	FIRMAGON.....	107
EXELON.....	27	flac otic oil.....	120
exemestane.....	39	flecainide acetate.....	73
EXFORGE.....	77	fluconazole.....	33
EXFORGE HCT.....	77	fluconazole-nacl.....	33
EXJADE.....	90	flucytosine.....	33
EXXUA.....	28	fludrocortisone acetate.....	97
EYSUVIS.....	118	flunisolide.....	120
ezetimibe.....	80	fluocinolone acetonide.....	86,87
ezetimibe-simvastatin.....	80	fluocinolone acetonide oil.....	120
F		fluocinonide.....	87
falmina.....	101	fluocinonide-e.....	87
famciclovir.....	59	fluorometholone.....	118
famotidine.....	93	fluorouracil.....	88
FANAPT.....	50	fluoxetine dr.....	30
FARESTON.....	37	fluoxetine hcl.....	30
FARXIGA.....	62	fluphenazine decanoate.....	48
FASENRA.....	124	fluphenazine hcl.....	49
FASENRA PEN.....	124	flurbiprofen.....	12
febuxostat.....	34	flurbiprofen sodium.....	118
feirza.....	101	fluticasone propionate.....	87,120
felbamate.....	23	fluticasone propionate hfa.....	120
felodipine er.....	74	fluticasone-salmeterol.....	124
FEMARA.....	39	fluvastatin er.....	79
		fluvastatin sodium.....	79

fluvoxamine maleate.....	30	gemmily.....	101
FML.....	118	GEMTESA.....	96
FOCALIN.....	82	generlac.....	91
fondaparinux sodium.....	69	gengraf.....	111
FORTEO.....	115	gentamicin sulfate.....	17,89,117
FOSAMAX.....	116	gentamicin sulfate in ns.....	17
fosamprenavir calcium.....	57	GENVOYA.....	54
fosfomycin tromethamine.....	18	GEODON.....	50
fosinopril sodium.....	72	GILENYA.....	84
fosinopril-hydrochlorothiazide.....	77	GILOTRIF.....	41
FOTIVDA.....	41	glatiramer acetate.....	84
FRUZAQLA.....	41	glatopa.....	84
FULPHILA.....	70	GLEEVEC.....	41
furosemide.....	78	GLEOSTINE.....	36
FUZEON.....	56	glimepiride.....	62
fyavolv.....	101	glipizide.....	62
FYCOMPA.....	23	glipizide er.....	62
		glipizide xl.....	62
G		glipizide-metformin.....	62
gabapentin.....	24	glucagon emergency kit.....	64
galantamine er.....	27	glucose 5%-0.9% nacl.....	89
galantamine hbr.....	27	glucose in water.....	91
galantamine hydrobromide.....	27	GLUCOTROL XL.....	62
galbriela.....	101	glyburide.....	62
gallifrey.....	105	glyburide micronized.....	62
GAMMAGARD LIQUID.....	108	glyburide-metformin hcl.....	62,63
GAMMAGARD LIQUID ERC.....	108	glycopyrrolate.....	92
GAMMAGARD S-D.....	108	GLYXAMBI.....	63
GAMMAPLEX.....	108	GOLYTELY.....	92
GAMUNEX-C.....	108	GOMEKLI.....	41
GARDASIL 9.....	113	granisetron hcl.....	32
gatifloxacin.....	117	GRANIX.....	70
gauze pad.....	62	griseofulvin.....	33
GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2 X		griseofulvin ultramicrosize.....	33
2.....	62	guanfacine hcl.....	71
gavilyte-c.....	92	guanfacine hcl er.....	82
gavilyte-g.....	92	GVOKE.....	65
gavilyte-n.....	92	GVOKE HYPOPEN 1-PACK.....	65
GAVRETO.....	41	GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	65
gefitinib.....	41	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	65
gemfibrozil.....	79	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE.....	65

H

HADLIMA	111
HADLIMA PUSHTOUCH	111
HADLIMA(CF)	111
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH	111
HAEGARDA	108
hailey	101
hailey 24 fe	101
hailey fe	101
HALDOL DECANOATE 100	49
halobetasol propionate	87
haloette	101
haloperidol	49
haloperidol decanoate	49
haloperidol decanoate 100	49
haloperidol lactate	49
HAVRIX	113
heather	105
HEMADY	97
heparin sodium	69
HEPLISAV-B	113
HERNEXEOS	41
HETLIOZ	125
HIBERIX	113
hidex	97
HUMALOG	66
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	66
HUMALOG KWIKPEN U-100	66
HUMALOG KWIKPEN U-200	66
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	66
HUMALOG MIX 75-25	66
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	66
HUMALOG TEMPO PEN U-100	66
HUMATIN	17
HUMULIN 70-30	66
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	66
HUMULIN N	66
HUMULIN N KWIKPEN	66
HUMULIN R	66
HUMULIN R U-500	66

HUMULIN R U-500 KWIKPEN	66
hydralazine hcl	81
HYDREA	38
hydrochlorothiazide	78
hydrocodone bitartrate er	13
hydrocodone-acetaminophen	14
hydrocodone-ibuprofen	14
hydrocortisone	87,97,115
hydrocortisone butyrate	87
hydrocortisone valerate	87
hydrocortisone-acetic acid	120
hydromorphone hcl	14
hydroxychloroquine sulfate	47
hydroxyurea	38
hydroxyzine hcl	61
hydroxyzine pamoate	61
HYRNUO	41
HYZAAR	77

I

ibandronate sodium	116
IBRANCE	41
IBTROZI	41
ibu	12
ibuprofen	12
icatibant	108
iclevia	101
ICLUSIG	41
icosapent ethyl	80
IDHIFA	41
IDVYNZO	57
ILEVRO	118
imatinib mesylate	41
IMBRUVICA	41
imipenem-cilastatin sodium	20
imipramine hcl	32
imiquimod	88
IMITREX	35
IMKELDI	41
IMOVAX RABIES VACCINE	113
IMPAVIDO	18

IMURAN.....	111	irbesartan-hydrochlorothiazide.....	77
INBRIJA.....	48	IRESSA.....	41
incassia.....	105	ISENTRESS.....	54
INCRELEX.....	98	ISENTRESS HD.....	54
INCRUSE ELLIPTA.....	121	isibloom.....	101
indapamide.....	78	isoniazid.....	36
INDERAL LA.....	74	ISOPROPYL ALCOHOL 0.7 ML/ML	
INDERAL XL.....	74	MEDICATED PAD.....	63
indomethacin.....	12	ISORDIL TITRADOSE.....	81
indomethacin er.....	12	isosorbide dinitrate.....	81
INFANRIX DTAP.....	113	isosorbide mononitrate.....	81
INGREZZA.....	83	isosorbide mononitrate er.....	81
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)..	83	isotretinoin.....	85
INGREZZA SPRINKLE.....	83	isradipine.....	74
INLURIYO.....	37	ISTALOL.....	119
INLYTA.....	41	ITOVEBI.....	42
INNOPRAN XL.....	74	itraconazole.....	33
INQOVI.....	38	ivabradine hcl.....	77
INREBIC.....	41	ivermectin.....	46,88
INSPRA.....	81	IWILFIN.....	38
INSULIN ASPART.....	66	IXIARO.....	113
INSULIN ASPART FLEXPEN.....	66		
INSULIN ASPART PENFILL.....	66	J	
INSULIN PEN NEEDLE.....	66	JADENU.....	90
insulin syringe.....	67	JADENU SPRINKLE.....	91
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML	66	jaimiess.....	101
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML..	66	JAKAFI.....	42
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML	67	jantoven.....	69
insupen pen needle.....	67	JANUMET.....	63
INTELENCE.....	55	JANUMET XR.....	63
INTRALIPID.....	91	JANUVIA.....	63
introvale.....	101	JARDIANCE.....	63
INVEGA.....	50	jasmiel.....	101
INVEGA HAFYERA.....	50	JAYPIRCA.....	42
INVEGA SUSTENNA.....	50,51	jencycla.....	105
INVEGA TRINZA.....	51	JENTADUETO.....	63
INVELTYS.....	118	JENTADUETO XR.....	63
IPOL.....	113	jinteli.....	101
ipratropium bromide.....	121	jolessa.....	101
ipratropium-albuterol.....	124	JUBBONTI.....	116
irbesartan.....	72	juleber.....	101

JULUCA.....	54
junel.....	101
junel fe.....	101
junel fe 24.....	101
JUXTAPID.....	80
JYNARQUE.....	91
JYNNEOS.....	113
JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE)...	113

K

kaitlib fe.....	102
KALETRA.....	57
kalliga.....	102
KALYDECO.....	122
kariva.....	102
kcl-d5w-0.2% nacl.....	89
kcl-d5w-0.225% nacl.....	89
kcl-d5w-0.45% nacl.....	89
kelnor 1-35.....	102
kelnor 1-50.....	102
KEPPRA.....	23
KERENDIA.....	81
KESIMPTA PEN.....	84
ketoconazole.....	33
ketorolac tromethamine.....	12,118
KINRIX.....	113
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.....	107
KOSELUGO.....	42
kourzeq.....	84

KRAZATI.....	42
kurvelo.....	102
KUVAN.....	95

L

l-glutamine.....	95
labetalol hcl.....	74
lacosamide.....	26
lactulose.....	92
LAMICTAL.....	23
LAMICTAL (BLUE).....	23
lamivudine.....	56,58
lamivudine hbv.....	58
lamivudine-zidovudine.....	56
lamotrigine.....	23
lamotrigine (blue).....	23
lamotrigine er.....	23
LAMPIT.....	47
LANOXIN.....	77
lansoprazole.....	94
LANTUS.....	67
LANTUS SOLOSTAR.....	67
lapatinib.....	42
larin.....	102
larin 24 fe.....	102
larin fe.....	102
LASIX.....	78
latanoprost.....	119
LATUDA.....	51
LAYOLIS FE.....	102
LAZCLUZE.....	42
leena.....	102
leflunomide.....	111
lenalidomide.....	37
LENVIMA.....	42
lessina.....	102
LETAIRIS.....	123
letrozole.....	39
leucovorin calcium.....	38
LEUKERAN.....	36
LEUKINE.....	70

leuprolide acetate.....	107	lithium carbonate er.....	61
leuprolide depot.....	107	lithium citrate.....	61
levalbuterol tartrate hfa.....	122	LITHOBID.....	61
levetiracetam.....	23	LIVTENCITY.....	58
levetiracetam er.....	23	lo-zumandimine.....	102
LEVO-T.....	106	LOESTRIN.....	102
levobunolol hcl.....	119	LOESTRIN FE.....	102
levocarnitine.....	95	lojaimiess.....	102
levocetirizine dihydrochloride.....	121	LOKELMA.....	91
levofloxacin.....	21	lomustine.....	36
levofloxacin-d5w.....	22	LONSURF.....	38
levonest.....	102	loperamide.....	92
levonorg-eth estrad eth estrad.....	102	LOPID.....	79
levonorgestrel-eth estradiol.....	102	lopinavir-ritonavir.....	57
levora-28.....	102	LOPRESSOR.....	74
levorphanol tartrate.....	13	lorazepam.....	61
levothyroxine sodium.....	106	lorazepam intensol.....	61
LEVOXYL.....	106	LORBRENA.....	42
LEXAPRO.....	30	loryna.....	102
LIALDA.....	114	losartan potassium.....	72
lidocaine.....	15	losartan-hydrochlorothiazide.....	77
lidocaine hcl.....	15	LOTENSIN.....	72
lidocaine hcl laryngotracheal 4% solution.....	15	LOTRONEX.....	92
lidocaine hcl viscous.....	15	lovastatin.....	79
lidocaine-prilocaine.....	15	LOVENOX.....	69
lidocan iii.....	15	low-ogestrel.....	102
lidocan iv.....	15	loxapine.....	49
lidocan v.....	15	lubiprostone.....	92
LIFYORLI.....	107	luizza.....	102
LILETTA.....	97	LUMAKRAS.....	42
linezolid.....	18	LUMIGAN.....	119
linezolid-0.9% nacl.....	18	LUMRYZ.....	125
linezolid-d5w.....	18	LUMRYZ STARTER PACK.....	125
LINZESS.....	92	LUPRON DEPOT.....	107
liomny.....	106	LUPRON DEPOT (LUPANETA).....	107
liothyronine sodium.....	106	LUPRON DEPOT-PED.....	107
LIPITOR.....	79	lurasidone hcl.....	51
lisdexamphetamine dimesylate.....	82	lurbipr.....	12
lisinopril.....	72	lutra.....	102
lisinopril-hydrochlorothiazide.....	77	LYBALVI.....	51
lithium carbonate.....	61	lyleq.....	105

lyllana.....	99	meropenem-0.9% nacl.....	21
LYNPARZA.....	42	merzee.....	102
LYRICA.....	24,25	mesalamine.....	114,115
LYSODREN.....	38	mesalamine dr.....	114
LYTGOBI.....	43	mesalamine er.....	115
LYUMJEV.....	67	mesna.....	46
LYUMJEV KWIKPEN U-100.....	67	MESNEX.....	46
LYUMJEV KWIKPEN U-200.....	67	MESTINON.....	35
LYUMJEV TEMPO PEN U-100.....	67	metformin hcl.....	63
lyza.....	105	metformin hcl er.....	63
M		methadone hcl.....	13
M-M-R II VACCINE.....	113	methazolamide.....	77
magnesium sulfate.....	89	methenamine hippurate.....	18
MALARONE.....	47	methimazole.....	108
malathion.....	88	methocarbamol.....	125
maraviroc.....	56	methotrexate.....	111
marlissa.....	102	methotrexate sodium.....	111
MARPLAN.....	28	methoxsalen.....	88
MATULANE.....	36	methscopolamine bromide.....	92
matzim la.....	75	methsuximide.....	24
MAVYRET.....	58	methylphenidate er.....	82
MAXALT.....	35	methylphenidate hcl.....	83
MAXALT MLT.....	35	methylprednisolone.....	97
MAXITROL.....	117	methyltestosterone.....	98
meclizine hcl.....	32	metoclopramide hcl.....	93
MEDROL.....	97	metolazone.....	78
medroxyprogesterone acetate.....	105	metoprolol succinate.....	74
mefloquine hcl.....	47	metoprolol tartrate.....	74
megestrol acetate.....	105	metoprolol-hydrochlorothiazide.....	77
MEKINIST.....	43	METRO IV.....	18
MEKTOVI.....	43	METROCREAM.....	89
meleya.....	105	METROGEL.....	89
meloxicam.....	12	metronidazole.....	18,89
memantine hcl.....	27	metyrosine.....	77
memantine hcl er.....	27	mexiletine hcl.....	73
MENEST.....	99	micafungin.....	33
MENQUADFI.....	113	MICARDIS HCT.....	77
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP.....	113	microgestin.....	102
mercaptopurine.....	38	microgestin fe.....	102
meropenem.....	20	midodrine hcl.....	71
		MIEBO.....	117

mifepristone.....	107	nano pen needle.....	67
miglustat.....	95	naproxen.....	12,13
mili.....	103	naproxen sodium.....	13
mimvey.....	103	naratriptan hcl.....	35
minocycline hcl.....	22	NARCAN.....	16
minoxidil.....	81	NARDIL.....	28
mirtazapine.....	28	NATACYN.....	117
misoprostol.....	93	nateglinide.....	63
modafinil.....	126	NAYZILAM.....	25
MODEYSO.....	43	nebivolol hcl.....	74
moexipril hcl.....	73	NEBUPENT.....	47
molindone hcl.....	49	necon.....	103
mometasone furoate.....	87,120	NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY.....	67
mondoxyme nl.....	22	nefazodone hcl.....	30
mono-lynyah.....	103	neo-polycin.....	117
montelukast sodium.....	121	neo-polycin hc.....	117
morphine sulfate.....	14	neomycin sulfate.....	17
morphine sulfate er.....	13	neomycin-bacitracin-poly-hc.....	117
MOUNJARO.....	63	neomycin-bacitracin-polymyxin.....	117
MOVANTIK.....	92	neomycin-polymyxin-dexameth.....	117
MOVIPREP.....	93	neomycin-polymyxin-gramicidin.....	117
moxifloxacin.....	22,117	neomycin-polymyxin-hc.....	120
moxifloxacin hcl.....	22	neomycin-polymyxin-hydrocort.....	120
MRESVIA.....	113	NEORAL.....	112
MULTAQ.....	73	NERLYNX.....	43
mupirocin.....	89	neuac.....	85
mycophenolate mofetil.....	111	NEUPRO.....	48
mycophenolic acid.....	111	NEURONTIN.....	25
MYFORTIC.....	111	nevirapine.....	55
MYHIBBIN.....	112	nevirapine er.....	55
MYRBETRIQ.....	96	NEXAVAR.....	43
MYSOLINE.....	25	NEXIUM.....	94
N		NEXLETOL.....	80
nabumetone.....	12	NEXLIZET.....	80
nadolol.....	74	NEXPLANON.....	97
nafcillin.....	20	niacin er.....	80
nafcillin sodium.....	20	nicardipine hcl.....	74
naloxone hcl.....	16	NICOTROL.....	16
naltrexone hcl.....	16	NICOTROL NS.....	16
nano 2nd gen pen needle.....	67	nifedipine.....	74
		nifedipine er.....	74

nikki	103	NOVOLOG FLEXPEN	67
NILANDRON	37	NOVOLOG MIX 70-30	67
nilotinib hcl	43	NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	67
nilutamide	37	NOVOLOG PENFILL	67
nimodipine	74	NOXAFIL	34
NINLARO	43	NUBEQA	37
nintedanib esylate	124	NUEDEXTA	83
nisoldipine	75	NUPLAZID	51
nitazoxanide	47	NURTEC ODT	35
nitisinone	95	NUTRILIPID	91
NITRO-BID	81	NUVARING	103
nitrofurantoin	18	NUVIGIL	126
nitrofurantoin mono-macro	18	nyamyc	34
nitroglycerin	81	nylia	103
nitroglycerin patch	81	nystatin	34
NITROLINGUAL	81	nystatin-triamcinolone	88
NITROSTAT	81	nystop	34
NIVESTYM	70		
nizatidine	93	O	
nora-be	105	ocella	103
norelgestromin-eth estradiol	103	octreotide acetate	107
norethin-eth estra-ferrous fum	103	octreotide acetate er	107
norethindron-ethinyl estradiol	103	OCUFLOX	117
norethindrone	105	ODEFSEY	56
norethindrone ac (lupaneta)	105	ODOMZO	43
norethindrone acetate	106	OFEV	124
norethindrone-e.estradiol-iron	103	ofloxacin	22,117,120
norgestimate-ethinyl estradiol	103	OGSIVEO	43
NORPRAMIN	32	OJEMDA	43
NORTHERA	71	OJJAARA	43
nortrel	103	olanzapine	51
nortriptyline hcl	32	olanzapine odt	51
NORVASC	75	olmesartan medoxomil	72
NORVIR	57	olmesartan-amlodipine-hctz	77
NOVOLIN 70-30	67	olmesartan-hydrochlorothiazide	77
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	67	olopatadine hcl	121
NOVOLIN N	67	omega-3 acid ethyl esters	80
NOVOLIN N FLEXPEN	67	omeprazole	94
NOVOLIN R	67	omnipod 5 (g6/libre 2 plus)	67
NOVOLIN R FLEXPEN	67	omnipod 5 dexg7g6 intro(gen 5)	67
NOVOLOG	67	omnipod 5 dexg7g6 pods (gen 5)	67

omnipod 5 intro(g6/libre2plus).....	67
omnipod classic pods (gen 3).....	67
omnipod dash intro kit (gen 4).....	68
omnipod dash pdm kit (gen 4).....	68
omnipod dash pods (gen 4).....	68
omnipod go pods.....	68
OMNITROPE.....	98
ondansetron hcl.....	32
ondansetron odt.....	33
ONFI.....	25
ONUREG.....	38
OPIPZA.....	51
OPVEE.....	16
ORACEA.....	85
oralone.....	84
ORENCIA.....	109
ORENCIA CLICKJECT.....	109
ORENITRAM ER.....	123
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT.....	123
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT.....	123
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT.....	123
ORFADIN.....	95
ORGOVYX.....	38
ORKAMBI.....	122
orquidea.....	106
ORSERDU.....	37
oseltamivir phosphate.....	59
OSENVELT.....	116
OTEZLA.....	88
OTEZLA XR.....	88
OVIDE.....	88
oxaprozin.....	13
oxazepam.....	61
oxcarbazepine.....	26
oxybutynin chloride.....	96
oxybutynin chloride er.....	96
oxycodone hcl.....	14
oxycodone-acetaminophen.....	14,15

OZEMPIC.....	63
--------------	----

P

pacerone.....	73
paliperidone er.....	51
PALYNZIQ.....	95
PANRETIN.....	46
pantoprazole sodium.....	94
paricalcitol.....	116
PARNATE.....	28
paroxetine cr.....	30
paroxetine er.....	30
paroxetine hcl.....	30
PAXIL.....	30
PAXLOVID.....	59,60
PAXLOVID (EUA).....	59
pazopanib hcl.....	43
PEDIARIX.....	113
PEDVAXHIB.....	113
peg 3350-electrolyte.....	93
peg-3350 and electrolytes.....	93
peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c.....	93
PEGASYS.....	110
PEMAZYRE.....	43
pen needle.....	68
PENBRAYA.....	113
penicillamine.....	97
penicillin g potassium.....	20
penicillin g sodium.....	20
penicillin gk-iso-osm dextrose.....	20
penicillin v potassium.....	20
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y.....	113
PENTACEL.....	113
PENTAM 300.....	47
pentamidine isethionate.....	47
PENTASA.....	115
pentoxifylline.....	77
perampanel.....	23,24
perindopril erbumine.....	73
perigard.....	84
permethrin.....	88

perphenazine.....	32	prasugrel hcl.....	71
PERSERIS.....	51	pravastatin sodium.....	79
pfizerpen.....	20	praziquantel.....	46
phenelzine sulfate.....	29	prazosin hcl.....	71
phenobarbital.....	25	PRED FORTE.....	118
phenoxybenzamine hcl.....	71	PRED MILD.....	118
PHENYTEK.....	26	prednisolone.....	97
phenytoin.....	26	prednisolone acetate.....	118
phenytoin sodium extended.....	26	prednisolone sodium phosphate.....	97,118
philith.....	103	prednisone.....	98
PIFELTRO.....	55	pregabalin.....	25
pilocarpine hcl.....	84,119	PREGNYL.....	98
pimecrolimus.....	87	PREMARIN.....	99
pimozide.....	49	PREMPHASE.....	103
pimtrea.....	103	PREMPRO.....	103
pindolol.....	74	PRETOMANID.....	36
pioglitazone hcl.....	63	PREVACID.....	94
pioglitazone-glimepiride.....	63	prevalite.....	80
pioglitazone-metformin.....	64	PREVYMIS.....	58
piperacillin-tazobactam.....	20	PREZCOBIX.....	57
PIQRAY.....	43	PREZISTA.....	57,58
pirfenidone.....	124	PRIFTIN.....	36
piroxicam.....	13	primaquine.....	47
PLAQUENIL.....	47	primidone.....	25
PLAVIX.....	71	PRIORIX.....	113
PLEGRIDY.....	84	PRISTIQ.....	30
PLEGRIDY PEN.....	84	PROAIR RESPICLICK.....	122
podofilox.....	88	probenecid.....	34
polycin.....	117	probenecid-colchicine.....	34
polymyxin b sul-trimethoprim.....	117	PROCARDIA XL.....	75
pomalidomide.....	37	prochlorperazine.....	32
POMALYST.....	37	prochlorperazine maleate.....	32
portia.....	103	PROCRIT.....	70
posaconazole.....	34	procto-med hc.....	115
potassium chloride.....	90	proctosol-hc.....	115
potassium chloride in d5lr.....	90	proctozone-hc.....	115
potassium chloride proamp.....	90	progesterone.....	106
potassium chloride-0.45% nacl.....	90	PROGLYCEM.....	65
potassium chloride-dextrose 5%.....	90	PROGRAF.....	112
potassium citrate er.....	90	PROLASTIN C.....	95
pramipexole dihydrochloride.....	48	PROLENSA.....	119

PROLIA	116	RALDESY	31
PROMACTA	70	raloxifene hcl	106
promethazine hcl	32	ramelteon	125
promethegan	32	ramipril	73
propafenone hcl	73	ranolazine er	77
propafenone hcl er	73	RAPAFLO	96
propranolol hcl	74	rasagiline mesylate	48
propranolol hcl er	74	reclipsen	103
propylthiouracil	108	RECOMBIVAX HB	113
PROQUAD	113	RECTIV	81
PROSCAR	96	REGLAN	93
PROTONIX	94	RELENZA	59
protriptyline hcl	32	RELISTOR	92
PROVERA	106	REMERON	28
PROZAC	31	repaglinide	64
PRUDOXIN	87	REPATHA SURECLICK	80
PULMOZYME	122	REPATHA SYRINGE	80
PURIXAN	38	RESTASIS	117
PYLERA	93	RETACRIT	70
pyrazinamide	36	RETEVMO	44
pyridostigmine bromide	35	RETIN-A	85
pyridostigmine bromide er	35	RETROVIR	56
pyrimethamine	47	REVCOVI	95
PYRUKYND	95	REVUFORJ	44
PYZCHIVA	109	REXTOVY	16
Q		REXULTI	52
QINLOCK	43	REYATAZ	58
QUADRACEL DTAP-IPV	113	REZDIFFRA	95
quetiapine fumarate	51	REZLIDHIA	44
quetiapine fumarate er	51,52	RHOPRESSA	119
quinapril hcl	73	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	94	risedronate sodium	116
		risedronate sodium dr	116
		RISPERDAL	52

RISPERDAL CONSTA.....	52	saxagliptin hcl.....	64
risperidone.....	52	saxagliptin-metformin er.....	64
risperidone er.....	52	SCSEMBLIX.....	44
risperidone odt.....	52	scopolamine.....	32
RITALIN.....	83	SECUADO.....	52
ritonavir.....	58	selegiline hcl.....	48
rivaroxaban.....	69	selenium sulfide.....	87
rivastigmine.....	27	SELZENTRY.....	57
rizatriptan.....	35	SENSIPAR.....	116
ROCALTROL.....	116	SEREVENT DISKUS.....	122
ROCKLATAN.....	119	SEROQUEL.....	52
roflumilast.....	123	SEROQUEL XR.....	52
ROMVIMZA.....	44	sertraline hcl.....	31
ropinirole er.....	48	setlakin.....	103
ropinirole hcl.....	48	SFROWASA.....	115
rosuvastatin calcium.....	79	sharobel.....	106
ROTARIX.....	114	SHINGRIX.....	114
ROTATEQ.....	114	SIGNIFOR.....	107
ROWASA.....	115	SIGNIFOR LAR.....	107
roweepra.....	24	sildenafil citrate.....	123
ROXICODONE.....	15	SILENOR.....	125
ROZEREM.....	125	silodosin.....	96
ROZLYTREK.....	44	SILVADENE.....	88
RUBRACA.....	44	silver sulfadiazine.....	88
rufinamide.....	26	SIMBRINZA.....	119
RUKOBIA.....	56	SIMLANDI(CF).....	112
RYBELSUS.....	64	SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR.....	112
RYDAPT.....	44	simliya.....	103
RYTARY.....	48	simpesse.....	103
S		simvastatin.....	79
SABRIL.....	25	SINEMET.....	48
sacubitril-valsartan.....	77	SINEMET 10-100.....	48
sajazir.....	108	SINEMET 25-100.....	48
SALAGEN.....	84	SINGULAIR.....	121
SAMSCA.....	91	sirolimus.....	112
SANDIMMUNE.....	112	SIRTURO.....	36
SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	107	SIVEXTRO.....	18
SANTYL.....	88	SKYLA.....	97
SAPHRIS.....	52	SKYRIZI.....	109
sapropterin dihydrochloride.....	95	SKYRIZI ON-BODY.....	109,110
		SKYRIZI PEN.....	110

sod sulf-potass sulf-mag sulf	93	sucralfate	93
sodium chloride	90	SULAR	75
sodium chloride-water	90	sulfacetamide sodium	85,118
sodium oxybate	126	sulfacetamide-prednisolone	117
sodium phenylbutyrate	95	sulfadiazine	22
sodium polystyrene sulfonate	91	sulfamethoxazole-trimethoprim	22
solifenacin succinate	96	sulfasalazine	115
SOLIQUEA 100-33	64	sulfasalazine dr	115
SOLTAMOX	37	sulindac	13
SOMATULINE DEPOT	107	sumatriptan	35
SOMAVERT	107	sumatriptan succinate	35
SOOLANTRA	88	sunitinib malate	44
sorafenib	44	SUNLENCA	57
sotalol	73	SUPREP	93
sotalol af	73	SUTAB	93
SPIRIVA HANDIHALER	121	SUTENT	44
SPIRIVA RESPIMAT	121	syeda	103
spironolactone	81	SYMFI	55
spironolactone-hctz	77	SYMLINPEN 120	64
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	114	SYPRINE	91
STELARA	110	T	
STEQEYMA	110	TABLOID	38
sterile pads	64	TABRECTA	45
STIOLTO RESPIMAT	124	tacrolimus	87,112
STIVARGA	44	tacrolimus xl	112
STOBOCLO	116	tadalafil	97,123
STRATTERA	83	TAFINLAR	45
STRENSIQ	95	TAGRISSO	45
streptomycin sulfate	17	TALZENNA	45
STRIBILD	54	TAMIFLU	59
STROMECTOL	46	tamoxifen citrate	37
SUBOXONE	16	tamsulosin hcl	97
SUBVENITE	24	taperdex	98
subvenite (blue)	24		

TARGRETIN.....	46	theophylline anhydrous.....	123
tarina 24 fe.....	104	theophylline er.....	123
tarina fe.....	104	thioridazine hcl.....	49
tarina fe 1-20 eq.....	104	thiothixene.....	49
TASIGNA.....	45	THYMOGLOBULIN.....	108
tasimelteon.....	125	tiadylt er.....	75
TASMAR.....	48	tiagabine hcl.....	25
taysofy.....	104	TIAZAC.....	75
tazarotene.....	85	TIBSOVO.....	45
tazicef.....	19	ticagrelor.....	71
TAZORAC.....	85	TICOVAC.....	114
taztia xt.....	75	tigecycline.....	18
TAZVERIK.....	45	TIKOSYN.....	73
TECFIDERA.....	84	tilia fe.....	104
TEFLARO.....	19	timolol maleate.....	74,119
TEGRETOL.....	26	TIMOPTIC OCUDOSE.....	119
TEGRETOL XR.....	27	tinidazole.....	18
TEKTURNA.....	77	tiotropium bromide.....	121
telmisartan.....	72	TIROSINT.....	106
telmisartan-amlodipine.....	78	TIROSINT-SOL.....	106
telmisartan-hydrochlorothiazid.....	78	TIVICAY.....	54
temazepam.....	125	TIVICAY PD.....	55
tencon.....	11	tizanidine hcl.....	54
TENIVAC.....	114	TOBRADEX.....	117
tenofovir disoproxil fumarate.....	56	tobramycin.....	118,122
TENORETIC 100.....	78	tobramycin sulfate.....	17
TENORETIC 50.....	78	tobramycin-dexamethasone.....	117
TENORMIN.....	74	tolcapone.....	48
TEPMETKO.....	45	tolterodine tartrate.....	96
terazosin hcl.....	71	tolterodine tartrate er.....	96
terbinafine hcl.....	34	tolvaptan.....	91
terbutaline sulfate.....	122	topiramate.....	24
terconazole.....	34	TOPROL XL.....	74
teriparatide.....	116	toremifene citrate.....	37
testosterone.....	98	torpenz.....	45
testosterone cypionate.....	98	torsemide.....	78
testosterone enanthate.....	99	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	68
tetrabenazine.....	83	TOUJEO SOLOSTAR.....	68
tetracycline hcl.....	22	TOVIAZ.....	96
THALOMID.....	37	TRACLEER.....	123
THEO-24.....	123	TRADJENTA.....	64

tramadol hcl.....	15	trimethoprim.....	18
tramadol hcl er.....	13	trimipramine maleate.....	32
tramadol hcl-acetaminophen.....	15	TRINTELLIX.....	31
trandolapril.....	73	TRIUMEQ.....	56
trandolapril-verapamil er.....	78	TRIUMEQ PD.....	56
tranexamic acid.....	70	trivora-28.....	104
tranlycypromine sulfate.....	29	TROPHAMINE.....	91
TRAVASOL.....	91	trospium chloride.....	96
TRAVATAN Z.....	119	trospium chloride er.....	96
travoprost.....	119	true comfort safety pen needle.....	68
trazodone hcl.....	31	TRULICITY.....	64
TRELEGY ELLIPTA.....	124	TRUMENBA.....	114
TRELSTAR.....	107	TRUQAP.....	45
TREMFYA.....	110	TRUVADA.....	56
TREMFYA ONE-PRESS.....	110	TUKYSA.....	45
TREMFYA PEN.....	110	TURALIO.....	45
TREMFYA PEN INDUCTION (2 PEN).....	110	turqoz.....	104
tretinoin.....	46,85	TWINRIX.....	114
tri-estarylla.....	104	TYBOST.....	57
tri-legest fe.....	104	tydemy.....	104
tri-linyah.....	104	TYENNE.....	110
tri-lo-estarylla.....	104	TYENNE AUTOINJECTOR.....	110
tri-lo-marzia.....	104	TYGACIL.....	18
tri-lo-mili.....	104	TYKERB.....	45
tri-lo-sprintec.....	104	TYMLOS.....	116
tri-mili.....	104	TYPHIM VI.....	114
tri-nymyo.....	104	U	
tri-sprintec.....	104	UDENYCA.....	70
tri-vylibra.....	104	UDENYCA AUTOINJECTOR.....	70
tri-vylibra lo.....	104	UDENYCA ONBODY.....	70
triamcinolone acetonide.....	84,87	ultra-fine insulin syringe.....	68
triamterene-hydrochlorothiazid.....	78	ultra-fine pen needle.....	68
TRIBENZOR.....	78	unifine otc pen needle.....	68
triderm.....	87	unifine pentips.....	68
trientine hcl.....	91	unifine pentips plus.....	68
trifluoperazine hcl.....	49	UNITHROID.....	106
trifluridine.....	118	ursodiol.....	93
trihexyphenidyl hcl.....	48	USTEKINUMAB-AEKN.....	110
TRIKAFTA.....	122	UZEDY.....	52,53
triklo.....	80		
TRILEPTAL.....	27		

V

VAGIFEM	99
valacyclovir	59
VALCHLOR	36
VALCYTE	58
valganciclovir hcl	58
valproic acid	24
valsartan	72
valsartan-hydrochlorothiazide	78
VALTOCO	25
VALTREX	59
valtya	104
vancomycin hcl	18
VANFLYTA	45
VAQTA	114
varenicline tartrate	16
VARIVAX VACCINE	114
VASCEPA	80
VASERETIC	78
VASOTEC	73
VAXCHORA VACCINE	114
velivet	104
VENCLEXTA	45
VENCLEXTA STARTING PACK	45
venlafaxine besylate er	31
venlafaxine hcl	31
venlafaxine hcl er	31
VENTAVIS	123
VENTOLIN HFA	122
VEOZAH	83
verapamil er	75
verapamil er pm	75
verapamil hcl	75
verapamil sr	75
VERELAN PM	75
VERQUVO	81
VERSACLOZ	54
VERZENIO	45
vestura	104
VFEND IV	34

VIBERZI	92
vienva	104
vigabatrin	25
vigadrone	26
VIGAFYDE	26
VIGAMOX	118
vigpoder	26
VIIBRYD	31
vilazodone hcl	31
VIMKUNYA	114
VIMPAT	27
viorele	104
VIRACEPT	58
VIREAD	56
VITRAKVI	45
VIVITROL	16
VIVOTIF	114
VIZIMPRO	45
volnea	104
VONJO	45
VORANIGO	46
voriconazole	34
voriconazole (hpbcd)	34
VOSEVI	58
VOTRIENT	46
VOWST	93
VPRIV	95
VRAYLAR	53
VUMERITY	84
vyfemla	104
vylibra	104
VYTORIN	80
VYVANSE	82

W

warfarin sodium	69
WELIREG	95
WELLBUTRIN SR	28
WELLBUTRIN XL	28
wera	104
WINREVAIR	123

WINREVAIR (2 PACK).....	124
wixela inhub.....	124
wymzya fe.....	105
WYOST.....	116

X

XALKORI.....	46
xarah fe.....	105
XARELTO.....	69
XATMEP.....	112
XCOPRI.....	27
XDEMVY.....	117
xelria fe.....	105
XENAZINE.....	83
XERMELO.....	92
XGEVA.....	116
XHANCE.....	120
XIFAXAN.....	93
XIGDUO XR.....	64
XIIDRA.....	117
XOFLUZA.....	59
XOLAIR.....	110
XOPENEX HFA.....	122
XOSPATA.....	46
XPOVIO.....	38,39
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY.....	38
Xpovio 80 mg once weekly 16 pack.....	38
XTANDI.....	37
xulane.....	105
xyvona.....	13

Y

yargesa.....	95
YASMIN 28.....	105
YAZ.....	105
YF-VAX.....	114
yuvafem.....	99

Z

zafemy.....	105
zafirlukast.....	121

zaleplon.....	125
ZARONTIN.....	24
ZEJULA.....	46
ZELBORAF.....	46
zelvysia.....	95
zenatane.....	86
ZENPEP.....	95
zenzedi.....	82
ZEPATIER.....	58
ZESTORETIC.....	78
ZESTRIL.....	73
ZETIA.....	80
ZIAGEN.....	56
zidovudine.....	56
ZIEXTENZO.....	70
ziprasidone hcl.....	53
ziprasidone mesylate.....	53
ZITHROMAX.....	21
ZITHROMAX TRI-PAK.....	21
ZOCOR.....	79,80
ZOKINVY.....	95
ZOLINZA.....	39
zolmitriptan odt.....	35
ZOLOFT.....	31
zolpidem tartrate.....	125
zolpidem tartrate er.....	125
ZONALON.....	87
ZONEGRAN.....	27
ZONISADE.....	27
zonisamide.....	27
ZORTRESS.....	112
ZOSYN.....	20
zovia 1-35.....	105
ZOVIRAX.....	59
ZTALMY.....	26
ZTLIDO.....	15
zumandimine.....	105
ZURZUVAE.....	28
ZYDELIG.....	46
ZYKADIA.....	46
ZYPREXA.....	53

ZYPREXA ZYDIS.....53
ZYVOX.....18



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 01/07/2026.

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.