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 01/11/2026.

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 01/11/2026. 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 01/11/2026. 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 129. 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, muéstresela 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 129.

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		
butalbital-acetaminophen butalbital-acetaminophn 50-325	1	QL (180 PER 30 DAYS)
butalbital-acetaminophen-caffe (50-300-40, 50-325-40)	1	QL (180 PER 30 DAYS)
butalbital-aspirin-caffeine cp	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ESGIC 50-325-40 MG CAPSULE	1	QL (180 PER 30 DAYS)
JOURNAVX	1	QL (29 PER 90 OVER TIME)
tencon	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)
celecoxib (50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
celecoxib 400 mg capsule	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DAYPRO	1	QL (90 PER 30 DAYS)
diclofenac potassium 50 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
diclofenac sodium (dr 25 mg tab, ec 25 mg tab)	1	QL (240 PER 30 DAYS)
diclofenac sodium (dr 50 mg tab, ec 50 mg tab)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
diclofenac sodium (dr 75 mg tab, ec 75 mg tab)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
diclofenac sodium 1% gel	1	
diclofenac sodium 1.5% topical soln	1	PA
diclofenac sodium er	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
diclofenac sodium-misoprostol (75-0.2 mg, 75-0.2 tb)	1	QL (90 PER 30 DAYS)
diclofenac sodium-misoprostol diclofenac-misoprost 50-0.2 mg	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ec-naproxen dr 375 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ec-naproxen dr 500 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
etodolac (400 mg tablet, 500 mg tablet)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
etodolac 200 mg capsule	1	QL (150 PER 30 DAYS)
etodolac 300 mg capsule	1	QL (90 PER 30 DAYS)
etodolac er (er 400 mg tablet, er 500 mg tablet)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
etodolac er 600 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
flurbiprofen 100 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
ibu 400 mg tablet	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ibu 600 mg tablet	1	QL (150 PER 30 DAYS)
ibu 800 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ibuprofen 100 mg/5 ml susp	1	
ibuprofen 400 mg tablet	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ibuprofen 600 mg tablet	1	QL (150 PER 30 DAYS)
ibuprofen 800 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
indomethacin 25 mg capsule	1	QL (240 PER 30 DAYS)
indomethacin 50 mg capsule	1	QL (120 PER 30 DAYS)
indomethacin er	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ketorolac tromethamine 10 mg tablet	1	
lurbipr	1	QL (90 PER 30 DAYS)
meloxicam 15 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
meloxicam 7.5 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
nabumetone 500 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
nabumetone 750 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
naproxen (375 mg tablet, dr 375 mg tablet)	1	QL (120 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
naproxen (500 mg kit, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet)	1	QL (90 PER 30 DAYS)
naproxen 125 mg/5 ml suspen	1	QL (1800 PER 30 DAYS)
naproxen 250 mg tablet	1	QL (180 PER 30 DAYS)
naproxen sodium 275 mg tab	1	QL (150 PER 30 DAYS)
naproxen sodium 550 mg tab	1	QL (90 PER 30 DAYS)
oxaprozin	1	QL (90 PER 30 DAYS)
piroxicam 10 mg capsule	1	QL (60 PER 30 DAYS)
piroxicam 20 mg capsule	1	QL (30 PER 30 DAYS)
sulindac	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Opioid Analgesics, Long-acting		
BELBUCA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
buprenorphine	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
BUTRANS	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
fentanyl	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
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)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
levorphanol tartrate	1	QL (120 PER 30 DAYS)
methadone hcl 10 mg tablet	1	QL (360 PER 30 DAYS)
methadone hcl 5 mg tablet	1	QL (180 PER 30 DAYS)
morphine sulfate er (er 15 mg tablet, er 30 mg tablet, er 60 mg tablet, er 100 mg tablet, er 200 mg tablet)	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
tramadol hcl er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
xyvona	1	QL (120 PER 30 DAYS)
Opioid Analgesics, Short-acting		
acetaminophen-codeine #4 tablet	1	QL (180 PER 30 DAYS)
acetaminophen-codeine (#2 tablet, #3 tablet)	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
acetaminophen-codeine (acetamin-codein 300-30 mg/12.5, acetaminop-codeine 120-12 mg/5)	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
butorphanol tartrate 10 mg/ml spray	1	QL (48 PER 30 DAYS)
codeine sulfate	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)
fentanyl citrate (cit 1,600 mcg, citrate 200 mcg, citrate 400 mcg, citrate 800 mcg)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
hydrocodone-acetaminophen (5-300 mg, 5-325 mg)	1	QL (240 PER 30 DAYS)
hydrocodone-acetaminophen (7.5, 7.5, 10-300 mg, 10-325 mg)	1	QL (180 PER 30 DAYS)
hydrocodone-acetaminophen (hydrocodone-acetamin 2.5-108/5, hydrocodone-acetamin 5-217/10, hydrocodone-acetamn 7.5-325/15)	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
hydrocodone-ibuprofen	1	QL (150 PER 30 DAYS)
hydromorphone hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5 ml soln)	1	QL (1440 PER 30 DAYS)
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)	1	PA
hydromorphone hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet)	1	QL (180 PER 30 DAYS)
morphine sulfate (10 mg/5 ml cup, 10 mg/5 ml soln)	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
morphine sulfate 100 mg/5 ml conc	1	QL (270 PER 30 DAYS)
morphine sulfate 20 mg/5 ml soln	1	QL (1350 PER 30 DAYS)
morphine sulfate ir 15 mg tab	1	QL (360 PER 30 DAYS)
morphine sulfate ir 30 mg tab	1	QL (180 PER 30 DAYS)
oxycodone hcl ((ir) 10 mg tab, (ir) 15 mg tab, (ir) 20 mg tab, (ir) 30 mg tab)	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
oxycodone hcl (ir) 5 mg tablet	1	QL (360 PER 30 DAYS)
oxycodone-acetaminophen (oxycodone-acetaminophen 5-325, oxycodone-acetaminophn 2.5-325)	1	QL (360 PER 30 DAYS)
oxycodone-acetaminophen 10	1	QL (180 PER 30 DAYS)
oxycodone-acetaminophen oxycodone-acetaminophn 7.5-325	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ROXICODONE (15 MG TABLET, 30 MG TABLET)	1	QL (180 PER 30 DAYS)
tramadol hcl 50 mg tablet	1	QL (240 PER 30 DAYS)
tramadol hcl-acetaminophen	1	QL (240 PER 30 DAYS)
Anesthetics		
Local Anesthetics		
dermacinrx lidocan	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
lidocaine 5% ointment	1	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
lidocaine 5% patch	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
lidocaine hcl 4% solution	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
lidocaine hcl laryngotracheal 4% solution	1	
lidocaine hcl viscous	1	
lidocaine-prilocaine	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
lidocan iii	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
lidocan iv	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
lidocan v	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		
acamprosate calcium	1	
disulfiram	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
Opioid Dependence		
buprenorphine hcl 2 mg tablet sl	1	QL (480 PER 30 DAYS)
buprenorphine hcl 8 mg tablet sl	1	QL (120 PER 30 DAYS)
buprenorphine-naloxone (2-0.5mg fm, 2-0.5mg tb)	1	QL (480 PER 30 DAYS)
buprenorphine-naloxone (8-2 mg tab, 8-2mg film)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
buprenorphine-naloxone 12-3mg flm	1	QL (90 PER 30 DAYS)
buprenorphine-naloxone 4-1mg film	1	QL (240 PER 30 DAYS)
naltrexone hcl	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	
naloxone hcl (0.4 mg/ml syringe, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial)	1	
NARCAN	1	
OPVEE	1	
REXTOVY	1	
Smoking Cessation Agents		
bupropion hcl sr 150 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NICOTROL	1	
NICOTROL NS	1	
varenicline tartrate	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
Antibacterials		
Aminoglycosides		
amikacin sulfate	1	
ARIKAYCE	1	PA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
gentamicin sulfate (80 mg/2 ml vial, 800 mg/20 ml vial)	1	
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)	1	
HUMATIN	1	
neomycin sulfate	1	
streptomycin sulfate	1	
tobramycin sulfate	1	
Antibacterials, Other		
AZACTAM	1	
aztreonam	1	
CLEOCIN 2% VAGINAL CREAM	1	
CLEOCIN HCL	1	
CLEOCIN PHOSPHATE	1	
CLEOCIN T 1% LOION	1	
clindacin etz	1	
clindacin p	1	
clindamycin (pediatric)	1	
clindamycin hcl	1	
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)	1	
clindamycin phosphate-d5w	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
clindamycin-0.9% nacl	1	
colistimethate	1	
dalbavancin hcl	1	
DALVANCE	1	
daptomycin 500 mg vial	1	
fosfomycin tromethamine	1	
IMPAVIDO	1	
linezolid	1	PA
linezolid-0.9% nacl	1	
linezolid-d5w	1	
methenamine hippurate	1	
METRO IV	1	
metronidazole (vaginal 0.75% gl, 250 mg tablet, 375 mg capsule, 500 mg tablet, 500 mg/100 ml)	1	
nitrofurantoin (50 mg cap, 100 mg cap)	1	
nitrofurantoin mono-macro	1	
SIVEXTRO 200 MG TABLET	1	PA
SIVEXTRO 200 MG VIAL	1	
tigecycline	1	
tinidazole	1	
trimethoprim	1	
TYGACIL	1	
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)	1	
vancomycin hcl 125 mg capsule	1	QL (120 PER 30 DAYS)
vancomycin hcl 250 mg capsule	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ZYVOX (100 MG/5 ML SUSPENSION, 600 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
ZYVOX 600 MG/300 ML-D5W	1	
Beta-lactam, Cephalosporins		
cefaclor (250 mg capsule, 500 mg capsule)	1	
cefadroxil	1	
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)	1	
cefazolin sodium-dextrose 1 g/50 ml-dextrose	1	
cefdinir	1	
cefepime	1	
cefepime hcl (1 gm vial, 2 gram vial)	1	
cefepime-dextrose	1	
cefixime 400 mg capsule	1	
cefoxitin	1	
cefoxitin sodium	1	
cefpodoxime proxetil	1	
cefprozil	1	
ceftaroline fosamil	1	
ceftazidime (1 gm vial, 2 gm vial, 6 gm vial)	1	
ceftriaxone	1	
cefuroxime	1	
cefuroxime sodium (1.5 gm vial, 750 mg vial)	1	
cephalexin (125 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 750 mg capsule)	1	
tazicef	1	
TEFLARO	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
Beta-lactam, Penicillins		
amoxicillin	1	
amoxicillin-clavulanate pot er	1	
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)	1	
ampicillin sodium (1 gm add-vantage vl, 1 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm vial)	1	
ampicillin trihydrate 500 mg capsule	1	
ampicillin-sulbactam (ampicillin-sulb 3 gm add vial, ampicillin-sulbactam 3 gm vial)	1	
BICILLIN L-A	1	
dicloxacillin sodium	1	
nafcillin 2 gm/ 100 ml inj	1	
nafcillin sodium	1	
penicillin g potassium	1	
penicillin g sodium	1	
penicillin gk-iso-osm dextrose (2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml)	1	
penicillin v potassium	1	
pfizerpen	1	
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)	1	
ZOSYN 2.25 GM/50 ML GALAXY BAG	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
Carbapenems		
ertapenem	1	
imipenem-cilastatin sodium	1	
meropenem (1 gm vial, 500 mg vial)	1	
meropenem-0.9% nacl	1	
Macrolides		
azithromycin	1	
clarithromycin	1	
clarithromycin er	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	
ery	1	
ERY-TAB	1	
ERYPED 200	1	
ERYPED 400	1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	1	
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)	1	
erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml)	1	
erythromycin lactobionate	1	
fidaxomicin	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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Quinolones		
CIPRO	1	
ciprofloxacin hcl (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	1	
ciprofloxacin-d5w	1	
levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 750 mg tablet)	1	
levofloxacin-d5w	1	
moxifloxacin 400 mg/250 ml bag	1	
moxifloxacin hcl	1	
ofloxacin 400 mg tablet	1	
Sulfonamides		
BACTRIM	1	
BACTRIM DS	1	
sulfadiazine	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim (20 ml cup, ds tablet, ss tablet, susp)	1	
Tetracyclines		
avidoxy	1	
demeclocycline hcl	1	
doxy 100	1	
doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg vl)	1	
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)	1	
minocycline hcl	1	
mondoxyne nl 100 mg capsule	1	
tetracycline hcl (250 mg capsule, 500 mg capsule)	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
Anticonvulsants		
Anticonvulsants, Other		
brivaracetam (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
brivaracetam 10 mg/ml oral sol	1	QL (600 PER 30 DAYS)
BRIVIACT (10 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (600 PER 30 DAYS)
DEPAKOTE	1	
DEPAKOTE ER	1	
DEPAKOTE SPRINKLE	1	
DIACOMIT	1	
divalproex sodium	1	
divalproex sodium er	1	
EPIDIOLEX	1	PA
EPRONTIA	1	
felbamate	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	
lamotrigine	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
lamotrigine (blue)	1	
lamotrigine er (er 25 mg tablet, er 50 mg tablet, er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet)	1	
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)	1	
levetiracetam er	1	
perampanel (2 mg tablet, 4 mg tablet, 6 mg tablet, 8 mg tablet, 10 mg tablet, 12 mg tablet)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
perampanel 0.5 mg/ml oral susp	1	QL (680 PER 28 DAYS)
roweepra 500 mg tablet	1	
SPRITAM	1	
subvenite (blue)	1	
SUBVENITE (SUBVENITE, SUBVENITE)	1	
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)	1	
valproic acid	1	
Calcium Channel Modifying Agents		
CELONTIN	1	
ethosuximide	1	
methsuximide	1	
ZARONTIN 250 MG CAPSULE	1	
Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Modulating Agents		
clobazam (10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
clobazam 2.5 mg/ml suspension	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
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))	1	QL (5 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
gabapentin (250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup)	1	QL (2160 PER 30 DAYS)
gabapentin 100 mg capsule	1	QL (1080 PER 30 DAYS)
gabapentin 300 mg capsule	1	QL (360 PER 30 DAYS)
gabapentin 400 mg capsule	1	QL (270 PER 30 DAYS)
gabapentin 600 mg tablet	1	QL (180 PER 30 DAYS)
gabapentin 800 mg tablet	1	QL (135 PER 30 DAYS)
LYRICA (225 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYRICA (25 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	1	QL (90 PER 30 DAYS)
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)
phenobarbital	1	
pregabalin (225 mg capsule, 300 mg capsule)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
pregabalin (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule, 200 mg capsule)	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
pregabalin 20 mg/ml solution	1	QL (900 PER 30 DAYS)
primidone	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)
tiagabine hcl	1	
VALTOCO	1	QL (10 PER 30 DAYS)
vigabatrin	1	QL (180 PER 30 DAYS)
vigadrone	1	QL (180 PER 30 DAYS)
VIGAFYDE	1	QL (750 PER 30 DAYS)
vigpoder	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	
carbamazepine (100 mg tab chew, 100 mg/5 ml cup, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet, 200 mg/10 ml cup)	1	
carbamazepine er	1	
CARBATROL	1	
dilantin (dilantin, dilantin)	1	
DILANTIN-125	1	
epitol	1	
eslicarbazepine acetate (200 mg tablet, 400 mg tablet)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
eslicarbazepine acetate (600 mg tablet, 800 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
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)	1	
oxcarbazepine	1	
PHENYTEK	1	
phenytoin	1	
phenytoin sodium extended	1	
rufinamide	1	
TEGRETOL	1	
TEGRETOL XR	1	
TRILEPTAL	1	
VIMPAT (10 MG/ML SOLUTION, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	1	
XCOPRI	1	
ZONEGRAN	1	
ZONISADE	1	
zonisamide	1	
Antidementia Agents		
Cholinesterase Inhibitors		
ADLARITY	1	
ARICEPT (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	
donepezil hcl	1	
donepezil hcl odt	1	
EXELON	1	
galantamine er	1	
galantamine hbr	1	
galantamine hydrobromide	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
rivastigmine	1	
N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist		
memantine hcl	1	PA
memantine hcl er	1	PA
Antidepressants		
Antidepressants, Other		
AUVELITY ER 45-105 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
AUVELITY TITRATION PACK	1	QL (51 PER 28 OVER TIME)
bupropion hcl 100 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
bupropion hcl 75 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
bupropion hcl sr 100 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion hcl sr 150mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
bupropion hcl sr 200 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
bupropion xl hcl 150 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion xl hcl 300 mg tablet	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)
mirtazapine (7.5 mg tablet, 15 mg odt, 30 mg odt, 30 mg tablet, 45 mg odt, 45 mg tablet)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
mirtazapine 15 mg tablet	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)

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
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	
phenelzine sulfate	1	
tranylcypromine sulfate	1	
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/ Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibito		
CELEXA (10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
CELEXA 40 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
citalopram hbr (10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
citalopram hbr (10 mg/5 ml soln, 20 mg/10 ml cup)	1	QL (600 PER 30 DAYS)
citalopram hbr 40 mg tablet	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)
desvenlafaxine succinate er	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)
duloxetine hcl (dr 20 mg cap, dr 60 mg cap)	1	QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
duloxetine hcl dr 30 mg cap	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)
escitalopram oxalate (5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
escitalopram oxalate (oxalate 5 mg/5 ml, 10 mg/10 ml cup)	1	QL (600 PER 30 DAYS)
escitalopram oxalate 20 mg tablet	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)
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	1	QL (28 PER 28 DAYS)
fluoxetine dr	1	QL (4 PER 28 DAYS)
fluoxetine hcl (10 mg capsule, 10 mg tablet)	1	QL (90 PER 30 DAYS)
fluoxetine hcl (20 mg capsule, 20 mg tablet)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
fluoxetine hcl (20 mg/5 ml soln cup, 20 mg/5 ml solution)	1	QL (600 PER 30 DAYS)
fluoxetine hcl 40 mg capsule	1	QL (60 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate (25 mg tab, 50 mg tab)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 100 mg tab	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)
nefazodone hcl	1	
paroxetine cr (25 mg tablet, 37.5 mg tablet)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
paroxetine cr 12.5 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
paroxetine er (er 25 mg tablet, er 37.5 mg tablet)	1	QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
paroxetine er 12.5 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
paroxetine hcl (10 mg tablet, 40 mg tablet)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp	1	QL (900 PER 30 DAYS)
paroxetine hcl 20 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
paroxetine hcl 30 mg tablet	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)
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)
sertraline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
sertraline hcl 100 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
sertraline hcl 20 mg/ml oral conc	1	QL (300 PER 30 DAYS)
trazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)	1	
TRINTELLIX	1	QL (30 PER 30 DAYS)
venlafaxine besylate er	1	QL (60 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl	1	QL (90 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl er 150 mg cap	1	QL (30 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl er 37.5 mg cap	1	QL (60 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl er 75 mg cap	1	QL (90 PER 30 DAYS)
VIIBRYD (10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
vilazodone hcl	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZOLOFT (25 MG TABLET, 50 MG TABLET)	1	QL (45 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ZOLOFT 100 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ZOLOFT 20 MG/ML ORAL CONC	1	QL (300 PER 30 DAYS)
Tricyclics		
amitriptyline hcl	1	
amoxapine	1	
clomipramine hcl	1	
desipramine hcl	1	
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)	1	
imipramine hcl	1	
NORPRAMIN	1	
nortriptyline hcl	1	
protriptyline hcl	1	
trimipramine maleate	1	
Antiemetics		
Antiemetics, Other		
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)	1	PA
compro	1	
meclizine hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)	1	
perphenazine	1	PA
prochlorperazine	1	
prochlorperazine maleate	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)	1	
promethegan (12.5 mg suppos, 25 mg suppository)	1	
scopolamine	1	PA
Emetogenic Therapy Adjuncts		
aprepitant	1	PA
dronabinol	1	PA
EMEND (80 MG CAPSULE, TRIPACK)	1	PA
granisetron hcl 1 mg tablet	1	PA
ondansetron hcl (4 mg/5 ml soln cup, 4 mg/5 ml solution, hcl 4 mg tablet, hcl 8 mg tablet)	1	
ondansetron odt (odt 4 mg tablet, odt 8 mg tablet)	1	
Antifungals		
AMBISOME	1	PA
amphotericin b	1	PA
amphotericin b liposome	1	PA
CANCIDAS	1	
caspofungin acetate	1	
ciclodan 8% solution	1	QL (6.6 PER 30 DAYS)
ciclopirox (0.77% cream, 0.77% gel, 0.77% topical susp, 1% shampoo)	1	
ciclopirox 8% solution	1	QL (6.6 PER 30 DAYS)
clotrimazole (1% solution, 1% solution spray, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche)	1	
CRESEMBA (74.5 MG CAPSULE, 186 MG CAPSULE)	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
DIFLUCAN 40 MG/ML SUSPENSION	1	
econazole nitrate 1% cream	1	
fluconazole	1	
fluconazole-nacl (200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml)	1	
flucytosine	1	PA
griseofulvin	1	
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	1	
itraconazole 100 mg capsule	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ketoconazole (2% cream, 2% shampoo, 200 mg tablet)	1	
klayesta	1	
micafungin	1	
NOXAFIL (40 MG/ML SUSPENSION, DR 100 MG TABLET, 300 MG POWDERMIX SUSP)	1	PA
nyamyc	1	
nystatin	1	
nystop	1	
posaconazole	1	PA
SPORANOX 100 MG CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
terbinafine hcl	1	QL (30 PER 30 DAYS)
terconazole	1	
VFEND IV	1	PA
voriconazole (40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 200 mg tablet, 200 mg vial)	1	PA
voriconazole (hpbcd)	1	PA

Antigout Agents

allopurinol (100 mg tablet, 300 mg tablet)	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
colchicine 0.6 mg tablet	1	
febuxostat	1	QL (30 PER 30 DAYS)
probenecid	1	
probenecid-colchicine	1	
Antimigraine Agents		
dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml spry	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ergotamine-caffeine	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)
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)
naratriptan hcl	1	QL (18 PER 30 DAYS)
rizatriptan	1	QL (18 PER 30 DAYS)
sumatriptan	1	QL (12 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
sumatriptan succinate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	1	QL (18 PER 30 DAYS)
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)	1	QL (6 PER 30 DAYS)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml vial	1	QL (5 PER 30 DAYS)
zolmitriptan odt	1	QL (12 PER 30 DAYS)
Antimyasthenic Agents		
Parasympathomimetics		
MESTINON	1	
pyridostigmine bromide (60 mg/5 ml cup, 60 mg/5 ml soln, br 60 mg tablet)	1	
pyridostigmine bromide er 180 mg tab	1	
Antimycobacterials		
Antimycobacterials, Other		
dapsone (25 mg tablet, 100 mg tablet)	1	
rifabutin	1	
Antituberculars		
cycloserine	1	
ethambutol hcl	1	
isoniazid (50 mg/5 ml solution, 100 mg tablet, 300 mg tablet)	1	
PRETOMANID	1	
PRIFTIN	1	
pyrazinamide	1	
rifampin	1	
rifapentine	1	
SIRTURO	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
Antineoplastics		
Alkylating Agents		
cyclophosphamide (25 mg capsule, 25 mg tablet, 50 mg capsule, 50 mg tablet)	1	PA
GLEOSTINE	1	
LEUKERAN	1	
lomustine	1	
MATULANE	1	PA
VALCHLOR	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
Antiandrogens		
abiraterone acetate 250 mg tab	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
abirtega	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
bicalutamide	1	
CASODEX	1	
ERLEADA 240 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ERLEADA 60 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
EULEXIN	1	
NILANDRON	1	
nilutamide	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		
lenalidomide (15 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule)	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
lenalidomide (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
pomalidomide	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
ZENBEXUS	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
Antiestrogens/Modifiers		
ETCAMAH	1	PA, QL (28 PER 28 DAYS)
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	
tamoxifen citrate	1	
toremifene citrate	1	
VEPPANU	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
Antimetabolites		
mercaptopurine	1	
PURIXAN	1	
TABLOID	1	
Antineoplastics, Other		
AVMAPKI-FAKZYNJA	1	PA, QL (66 PER 28 DAYS)
HYDREA	1	
hydroxyurea	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)

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
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG	1	PA, QL (91 PER 28 DAYS)
leucovorin calcium (calcium 5 mg tab, calcium 10 mg tab, calcium 15 mg tab, calcium 25 mg tab, lederle 5 mg tablet)	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	
MIMRYLO (41 MG VIAL, 54 MG VIAL)	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
MIMRYLO (9.5 MG VIAL, 19 MG VIAL, 28 MG VIAL)	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ONUREG	1	PA, QL (14 PER 28 DAYS)
ORGOVYX	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
XPOVIO (40 MG TWICE, 80 MG ONCE, 100 MG ONCE)	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XPOVIO (40 MG, 60 MG)	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	1	PA, QL (16 PER 28 DAYS)
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY DOSE	1	PA, QL (24 PER 28 DAYS)
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY 16 PACK	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY DOSE	1	PA, QL (32 PER 28 DAYS)
ZOLINZA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation		
anastrozole	1	
ARIMIDEX	1	
AROMASIN	1	
exemestane	1	
FEMARA	1	
letrozole	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
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)
BEQALZI (1 MG TABLET, 5 MG TABLET)	1	PA, QL (11 PER 28 DAYS)
BEQALZI 20 MG TABLET	1	PA, QL (14 PER 28 DAYS)
BEQALZI 80 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
BEQALZI STARTER PACK	1	PA, QL (44 PER 28 DAYS)
BOSULIF (100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET)	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
BOSULIF (400 MG TABLET, 500 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
BOSULIF 50 MG CAPSULE	1	PA, QL (330 PER 30 DAYS)
bosutinib (400 mg tablet, 500 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
bosutinib 100 mg tablet	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
CAVHANZA	1	PA, QL (112 PER 28 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)
dasatinib (50 mg tablet, 70 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg tablet, 140 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
dasatinib 20 mg tablet	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)
erlotinib hcl (100 mg tablet, 150 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
erlotinib hcl 25 mg tablet	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
everolimus (2 mg tab for susp, 5 mg tab for susp, 5 mg tablet)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
everolimus (2.5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
everolimus 3 mg tab for susp	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
FOTIVDA	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
gefitinib	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)
imatinib mesylate 100 mg tab	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
imatinib mesylate 400 mg tab	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA (70 MG CAPSULE, 140 MG TABLET, 280 MG TABLET, 420 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	1	PA, QL (324 PER 30 DAYS)
IMKELDI	1	PA, QL (280 PER 28 DAYS)
INLYTA 1 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
INLYTA 5 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
INREBIC	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
IRESSA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ITOVEBI 3 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ITOVEBI 9 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
JIDEYTRO 100 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
JIDEYTRO 25 MG TABLET	1	PA, QL (90 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)
lapatinib	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)
nilotinib hcl	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)
pazopanib hcl 200 mg tablet	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
pazopanib hcl 400 mg tablet	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
RASONQUE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
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 PELLET PACKET	1	PA, QL (336 PER 28 DAYS)
RUBRACA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
RYDAPT	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
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)
sorafenib	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)
sunitinib malate (25 mg capsule, 37.5 mg cap, 50 mg capsule)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
sunitinib malate 12.5 mg cap	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
SUTENT (25 MG CAPSULE, 37.5 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SUTENT 12.5 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
TABRECTA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAFINLAR (50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
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)
torpenz (2.5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
torpenz 5 mg tablet	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)

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
VONJO	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
VORANIGO 10 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VORANIGO 40 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VOTRIENT	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XALKORI (20 MG PELLET, 50 MG PELLET, 200 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XALKORI 150 MG PELLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
XOSPATA	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
yulithira (2.5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
yulithira 5 mg tablet	1	PA, QL (60 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		
bexarotene (1% gel, 75 mg capsule)	1	PA
PANRETIN	1	PA
TARGRETIN (1% GEL, 75 MG CAPSULE)	1	PA
tretinoin 10 mg capsule	1	PA
Treatment Adjuncts		
mesna 400 mg tablet	1	
MESNEX 400 MG TABLET	1	
Antiparasitics		
Anthelmintics		
albendazole	1	
BILTRICIDE	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ivermectin 3 mg tablet	1	PA
praziquantel	1	
STROMECTOL	1	PA
Antiprotozoals		
atovaquone	1	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
atovaquone-proguanil hcl	1	
chloroquine phosphate	1	
COARTEM	1	
DARAPRIM	1	PA
hydroxychloroquine sulfate	1	
LAMPIT	1	
MALARONE	1	
mefloquine hcl	1	
NEBUPENT	1	PA
nitazoxanide	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PENTAM 300	1	
pentamidine isethionate 300 mg inhal powdr	1	PA
pentamidine isethionate 300 mg inject vial	1	
PLAQUENIL	1	
primaquine	1	
pyrimethamine	1	PA
quinine sulfate	1	PA
Antiparkinson Agents		
Antiparkinson Agents, Other		
amantadine	1	
benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tablet, 2 mg tablet)	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
carbidopa-levodopa-entacapone	1	
COMTAN	1	
entacapone	1	
TASMAR	1	
tolcapone	1	
trihexyphenidyl hcl (2 mg tablet, 5 mg tablet)	1	PA
Dopamine Agonists		
apomorphine hcl	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
bromocriptine mesylate	1	
NEUPRO	1	
pramipexole dihydrochloride	1	
ropinirole er	1	
ropinirole hcl	1	
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
carbidopa	1	
carbidopa-levodopa	1	
carbidopa-levodopa er (er 25-100 tab, er 50-200 tab)	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	
rasagiline mesylate	1	
selegiline hcl	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
Antipsychotics		
1st Generation/Typical		
fluphenazine decanoate	1	PA
fluphenazine hcl	1	PA
HALDOL DECANOATE 100	1	PA
haloperidol	1	PA
haloperidol decanoate	1	PA
haloperidol decanoate 100	1	PA
haloperidol lactate	1	PA
loxapine	1	PA
molindone hcl	1	PA
pimozide	1	PA
thioridazine hcl	1	PA
thiothixene	1	PA
trifluoperazine hcl	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)
aripiprazole (10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
aripiprazole (2 mg tablet, 5 mg tablet)	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
aripiprazole 1 mg/ml solution	1	PA, QL (750 PER 30 DAYS)
aripiprazole odt	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	1	QL (3.9 PER 56 OVER TIME)
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	1	QL (1.6 PER 28 DAYS)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	1	QL (2.4 PER 28 DAYS)
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	1	QL (3.2 PER 28 DAYS)
ARISTADA INITIO	1	QL (2.4 PER 42 OVER TIME)
asenapine maleate	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 B	1	PA, QL (12 PER 28 OVER TIME)
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)

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 117 MG/0.75 ML	1	QL (0.75 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRG	1	QL (1 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML	1	QL (1.5 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	1	QL (0.25 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	1	QL (0.5 PER 28 DAYS)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML	1	QL (0.88 PER 84 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML	1	QL (1.32 PER 84 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML	1	QL (1.75 PER 84 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML	1	QL (2.63 PER 84 OVER TIME)
LATUDA (20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET, 120 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LATUDA 80 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
lurasidone hcl (20 mg tablet, 40 mg tablet, 60 mg tablet, 120 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
lurasidone hcl 80 mg tablet	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)
olanzapine (15 mg tablet, 20 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
olanzapine (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
olanzapine 10 mg vial	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
olanzapine odt	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)
paliperidone er (er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
paliperidone er 6 mg tablet	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PERSERIS	1	QL (1 PER 28 DAYS)
quetiapine fumarate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
quetiapine fumarate (300 mg tab, 400 mg tab)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
quetiapine fumarate 150 mg tablet	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
quetiapine fumarate er (er 150 mg tablet, er 200 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
quetiapine fumarate er (er 50 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet)	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)
risperidone (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
risperidone 1 mg/ml solution	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
risperidone 4 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
risperidone er	1	QL (2 PER 28 DAYS)
risperidone odt (0.25 mg odt, 0.5 mg odt, 1 mg odt, 2 mg odt, 3 mg odt)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
risperidone odt 4 mg	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)

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
SEROQUEL XR (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SEROQUEL XR (50 MG TABLET, 300 MG TABLET, 400 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
UZEDY ER 100 MG/0.28 ML SYRING	1	QL (0.28 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 125 MG/0.35 ML SYRING	1	QL (0.35 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 150 MG/0.42 ML SYRING	1	QL (0.42 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 200 MG/0.56 ML SYRING	1	QL (0.56 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 250 MG/0.7 ML SYRINGE	1	QL (0.7 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 50 MG/0.14 ML SYRINGE	1	QL (0.14 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 75 MG/0.21 ML SYRINGE	1	QL (0.21 PER 28 DAYS)
VRAYLAR (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)
ziprasidone hcl (20 mg capsule, 40 mg capsule)	1	QL (90 PER 30 DAYS)
ziprasidone hcl (60 mg capsule, 80 mg capsule)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ziprasidone mesylate	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)

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
Antipsychotics, Other		
COBENFY	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
COBENFY STARTER PACK	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
Treatment-Resistant		
clozapine (25 mg tablet, 50 mg tablet)	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
clozapine 100 mg tablet	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
clozapine 200 mg tablet	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
clozapine odt (odt 25 mg tablet, odt 100 mg tablet)	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
clozapine odt 12.5 mg tablet	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
clozapine odt 150 mg tablet	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
clozapine odt 200 mg tablet	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		
baclofen (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	
DANTRIUM 25 MG CAPSULE	1	
dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	1	
tizanidine hcl (2 mg capsule, 2 mg tablet, 4 mg capsule, 4 mg tablet, 6 mg capsule)	1	
Antivirals		
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)		
BIKTARVY	1	QL (30 PER 30 DAYS)
BIXLENVO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DOVATO	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
GENVOYA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ISENTRESS (100 MG POWDER PACKET, 400 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ISENTRESS (25 MG TABLET CHEW, 100 MG TABLET CHEW)	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS HD	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JULUCA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
STRIBILD	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TIVICAY (25 MG TABLET, 50 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TIVICAY 10 MG TABLET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
TIVICAY PD	1	QL (360 PER 30 DAYS)
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)		
DELSTRIGO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT PED	1	QL (180 PER 30 DAYS)
efavirenz 600 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-emtric-tenofov disop	1	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-lamivu-tenofov disop	1	QL (30 PER 30 DAYS)
etravirine	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)
nevirapine 200 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
nevirapine 50 mg/5 ml susp	1	QL (1200 PER 30 DAYS)
nevirapine er 400 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PIFELTRO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
rilpivirine	1	QL (30 PER 30 DAYS)
rilpivirine hcl	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SYMFI	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
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)		
abacavir 20 mg/ml solution	1	QL (960 PER 30 DAYS)
abacavir 300 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
abacavir-lamivudine	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)
emtricitabine	1	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitabine-rilpivirne-tenof	1	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitabine-tenofovir disop	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	1	QL (850 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 200 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EPIVIR 10 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (960 PER 30 DAYS)
EPIVIR 150 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
EPIVIR 300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine (10 mg/ml oral soln, 300 mg/30ml sol cup)	1	QL (960 PER 30 DAYS)
lamivudine 150 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
lamivudine 300 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine-zidovudine	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)
tenofovir disoproxil fumarate	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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VIREAD POWDER	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ZIAGEN 20 MG/ML SOLUTION	1	QL (960 PER 30 DAYS)
zidovudine 100 mg capsule	1	QL (180 PER 30 DAYS)
zidovudine 300 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
zidovudine 50 mg/5 ml syrup	1	QL (1920 PER 30 DAYS)
Anti-HIV Agents, Other		
FUZEON	1	QL (60 PER 30 DAYS)
maraviroc 150 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
maraviroc 300 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
RUKOBIA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 150 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (1840 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 300 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
SUNLENCA (4- 300 MG TABLET, 300 MG TABLET)	1	QL (4 PER 28 OVER TIME)
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	1	QL (5 PER 28 OVER TIME)
TYBOST	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors		
APTIVUS	1	QL (120 PER 30 DAYS)
atazanavir sulfate (150 mg cap, 300 mg cap)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
atazanavir sulfate 200 mg cap	1	QL (60 PER 30 DAYS)
darunavir 600 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
darunavir 800 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ	1	QL (30 PER 30 DAYS)
fosamprenavir calcium	1	QL (120 PER 30 DAYS)
IDVYNSO	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)

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
KALETRA 80 MG-20 MG/ML SOLN	1	QL (480 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir 80-20mg/ml	1	QL (480 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir lopinavir-ritonavr 100-25mg tb	1	QL (300 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir lopinavir-ritonavr 200-50mg tb	1	QL (120 PER 30 DAYS)
NORVIR (100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET)	1	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZCOBIX	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	1	QL (400 PER 30 DAYS)
PREZISTA 150 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
PREZISTA 600 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PREZISTA 75 MG TABLET	1	QL (300 PER 30 DAYS)
PREZISTA 800 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REYATAZ 200 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
REYATAZ 300 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ritonavir	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	
valganciclovir hcl	1	
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
adefovir dipivoxil	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
BARACLUDE	1	
entecavir	1	
lamivudine 100 mg tablet	1	
lamivudine hbv	1	
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
MAVYRET	1	PA
ribavirin (200 mg capsule, 200 mg tablet)	1	
VOSEVI	1	PA
ZEPATIER	1	PA
Anti-influenza Agents		
oseltamivir phosphate (45 mg capsule, 75 mg capsule)	1	QL (84 PER 365 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 30 mg capsule	1	QL (168 PER 365 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 6 mg/ml suspension	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		
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)	1	
acyclovir 5% ointment	1	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
acyclovir sodium (500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial)	1	PA
famciclovir	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
valacyclovir	1	
VALTREX	1	
ZOVIRAX 5% OINTMENT	1	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
Antiviral, Coronavirus agents		
PAXLOVID (EUA) 150-100 MG PACK	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (EUA) 300-100 MG PACK	1	QL (30 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID 150-100 MG (MODERATE)	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	1	QL (30 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID 300/150-100MG(SEVERE)	1	QL (11 PER 30 OVER TIME)
Anxiolytics		
alprazolam (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
alprazolam 2 mg tablet	1	QL (150 PER 30 DAYS)
alprazolam er (er 0.5 mg tablet, er 1 mg tablet)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
alprazolam er 2 mg tablet	1	QL (150 PER 30 DAYS)
alprazolam er 3 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
alprazolam xr (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
alprazolam xr 2 mg tablet	1	QL (150 PER 30 DAYS)
alprazolam xr 3 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
buspirone hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 30 mg tablet)	1	
chlordiazepoxide hcl (5 mg capsule, 10 mg capsule)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
chlordiazepoxide hcl 25 mg capsule	1	PA, 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
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)	1	QL (90 PER 30 DAYS)
clonazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
clonazepam (2 mg odt, 2 mg tablet)	1	QL (300 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 15 mg tablet	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 3.75 mg tablet	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 7.5 mg tablet	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
diazepam (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
diazepam (5 mg/5 ml oral cup, 5 mg/5 ml solution)	1	PA, QL (1200 PER 30 DAYS)
diazepam (5 mg/ml, 25 mg/5 ml)	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
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)	1	PA
hydroxyzine pamoate	1	PA
lorazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
lorazepam (2 mg tablet, 2 mg/ml oral concent)	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
lorazepam intensol	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
oxazepam	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Bipolar Agents

Mood Stabilizers

lithium carbonate	1	
lithium carbonate er	1	
lithium citrate	1	
LITHOBID	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Blood Glucose Regulators		
Antidiabetic Agents		
acarbose 100 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
acarbose 25 mg tablet	1	QL (360 PER 30 DAYS)
acarbose 50 mg tablet	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)
alcohol pads	1	PA
CYCLOSET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
dapagliflozin	1	QL (30 PER 30 DAYS)
dapagliflozin-metfor er 5-1000 mg	1	QL (60 PER 30 DAYS)
dapagliflozin-metformin er (dapagliflozin-metfo er 10-1000, dapagliflozin-metfor er 5-500, dapagliflozin-metfor er 10-500)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FARXIGA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
gauze pad gnp sterile pads 2" x 2"	1	PA
gauze pads & dressings - pads 2 x 2	1	PA
glimepiride 1 mg tablet	1	QL (240 PER 30 DAYS)
glimepiride 2 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
glimepiride 4 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
glipizide 10 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
glipizide 2.5 mg tablet	1	QL (480 PER 30 DAYS)
glipizide 5 mg tablet	1	QL (240 PER 30 DAYS)
glipizide er 10 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
glipizide er 2.5 mg tablet	1	QL (240 PER 30 DAYS)
glipizide er 5 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
glipizide xl 10 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
glipizide xl 2.5 mg tablet	1	QL (240 PER 30 DAYS)
glipizide xl 5 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
glipizide-metformin (2.5-500 mg, 5-500 mg)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
glipizide-metformin 2.5-250 mg	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)
glyburide 1.25 mg tablet	1	QL (480 PER 30 DAYS)
glyburide 2.5 mg tablet	1	QL (240 PER 30 DAYS)
glyburide 5 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
glyburide micronized 1.5 mg tab	1	QL (240 PER 30 DAYS)
glyburide micronized 3 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
glyburide micronized 6 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
glyburide-metformin hcl (2.5-500 mg, 5-500 mg)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
glyburide-metformin hcl glyburid-metformin 1.25-250 mg	1	QL (240 PER 30 DAYS)
GLYXAMBI	1	QL (30 PER 30 DAYS)
isopropyl alcohol 0.7 ml/ml medicated pad	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)
metformin hcl 1,000 mg tablet	1	QL (75 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
metformin hcl 500 mg tablet	1	QL (150 PER 30 DAYS)
metformin hcl 850 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
metformin hcl er 500 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
metformin hcl er 750 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
MOUNJARO	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
nateglinide 120 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
nateglinide 60 mg tablet	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)
pioglitazone hcl (30 mg tablet, 45 mg tablet)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
pioglitazone hcl 15 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
pioglitazone-glimepiride	1	QL (30 PER 30 DAYS)
pioglitazone-metformin	1	QL (90 PER 30 DAYS)
repaglinide 0.5 mg tablet	1	QL (960 PER 30 DAYS)
repaglinide 1 mg tablet	1	QL (480 PER 30 DAYS)
repaglinide 2 mg tablet	1	QL (240 PER 30 DAYS)
RYBELSUS	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
saxagliptin hcl	1	QL (30 PER 30 DAYS)
saxagliptin-metformin er (saxagliptin-metformin er 5-500, saxagliptin-metformn er 5-1000)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
saxagliptin-metformin er saxagliptn-metform 2.5-1000	1	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phos-metformin	1	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phos-metformin er (er 50, er 100)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
sitagliptin phos-metformin er 50-1,000	1	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phosphate	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
SOLIQUA 100-33	1	QL (18 PER 30 DAYS)
sterile pads ft 2" x 2"	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)
diazoxide	1	
glucagon emergency kit (glucagon emergency kit, glucagon emergency kit)	1	QL (4 PER 30 DAYS)
GVOKE	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK -PK MG/0.2 ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 1PK 0.5MG/0.1 ML	1	QL (0.4 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 2-PK 1 MG/0.2 ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 2PK 0.5MG/0.1 ML	1	QL (0.4 PER 30 DAYS)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE -PK MG/0.2 ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 2-PK 1 MG/0.2 ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)

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
PROGLYCEM	1	
Insulins		
autoshield duo pen needle ndl 30g 5mm	1	PA
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)	1	PA
droplet micron pen needle	1	PA
droplet pen needle	1	PA
dropsafe pen needle (5mm, 8mm)	1	PA
easy comfort insulin syringe (0.5ml 29g, 1 ml 29g, 1 ml 32g)	1	PA
easy comfort pen needle (29g 4mm, 29g 5mm, 32g 4mm)	1	PA
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)	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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMALOG 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)
insulin pen needle	1	PA
insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml	1	PA
insulin syringe (disp) u-100 1 ml	1	PA
insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml	1	PA
insulin syringe (syr 0.5 ml 28g 12.7mm, syringe 1 ml 27g 16mm, syringe 1ml 28g 12.7mm)	1	PA
insupen pen needle insu32g 6mm	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)
nano 2nd gen pen needle 3g 4mm	1	PA
nano pen needle	1	PA
needles, insulin disp., safety	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
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)
omnipod 5 (libre 2/3 plus)	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
omnipod 5 dexg7g6 intro(gen 5)	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
omnipod 5 dexg7g6 pods (gen 5)	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
omnipod 5 intro (libre2/3plus)	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
omnipod classic pods (gen 3)	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
omnipod dash intro kit (gen 4)	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
omnipod dash pdm kit (gen 4)	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
omnipod dash pods (gen 4)	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
omnipod go pods	1	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
pen needle (31g 5mm, 31g 8mm, gnp 31g 5mm, gnp 31g 8mm, 32g 4mm, gnp 32g 4mm, gnp 32g 6mm)	1	PA
TOUJEO MAX SOLOSTAR	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR	1	QL (60 PER 30 DAYS)
true comfort safety pen needle	1	PA
ultra-fine insulin syringe	1	PA
ultra-fine pen needle	1	PA
unifine otc pen needle	1	PA
unifine pentips	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
unifine pentips plus	1	PA
unifine ultra pen needle (31g 5mm, 31g 6mm, 31g 8mm, 32g 4mm)	1	PA
Blood Products and Modifiers		
Anticoagulants		
dabigatran etexilate (75 mg cap, 150 mg cp)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
dabigatran etexilate 110 mg cp	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)
enoxaparin sodium (100 mg/ml, 150 mg/ml)	1	QL (30 PER 90 OVER TIME)
enoxaparin sodium (80 mg/0.8 ml, 120 mg/0.8 ml)	1	QL (24 PER 90 OVER TIME)
enoxaparin sodium 30 mg/0.3 ml syr	1	QL (9 PER 90 OVER TIME)
enoxaparin sodium 40 mg/0.4 ml syr	1	QL (12 PER 90 OVER TIME)
enoxaparin sodium 60 mg/0.6 ml syr	1	QL (18 PER 90 OVER TIME)
fondaparinux sodium 10 mg/0.8 ml syr	1	QL (24 PER 90 OVER TIME)
fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5 ml syr	1	QL (15 PER 90 OVER TIME)
fondaparinux sodium 5 mg/0.4 ml syr	1	QL (12 PER 90 OVER TIME)
fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6 ml syr	1	QL (18 PER 90 OVER TIME)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
heparin sodium (sod 1,000 unit/ml vial, 2,000 unit/2 ml vial, 5,000 unit/ml carpujct, 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)	1	
jantoven	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)
rivaroxaban 1 mg/ml suspension	1	QL (620 PER 30 DAYS)
rivaroxaban 2.5 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
warfarin sodium	1	
XARELTO (10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
XARELTO (2.5 MG TABLET, 15 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION	1	QL (620 PER 30 DAYS)
XARELTO DVT-PE TREAT START 30D	1	QL (51 PER 30 DAYS)

Blood Products and Modifiers, Other

AGRYLIN	1	
anagrelide hcl	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ARANESP (10 MCG/0.4 ML SYRINGE, 25 MCG/0.42 ML SYRING, 25 MCG/ML VIAL, 40 MCG/0.4 ML SYRINGE, 40 MCG/ML VIAL, 60 MCG/0.3 ML SYRINGE, 60 MCG/ML VIAL, 100 MCG/0.5 ML SYRINGE, 100 MCG/ML VIAL, 150 MCG/0.3 ML SYRINGE, 200 MCG/0.4 ML SYRINGE, 200 MCG/ML VIAL, 300 MCG/0.6 ML SYRINGE, 500 MCG/1 ML SYRINGE)	1	PA
eltrombopag olamine	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		
tranexamic acid 650 mg tablet	1	
Platelet Modifying Agents		
aspirin-dipyridamole er	1	
BRILINTA	1	
CABLIVI	1	
cilostazol	1	
clopidogrel 75 mg tablet	1	
dipyridamole (25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet)	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PLAVIX	1	
prasugrel hcl	1	
ticagrelor	1	
Cardiovascular Agents		
Alpha-adrenergic Agonists		
clonidine	1	
clonidine hcl (0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 mg tablet)	1	
droxidopa	1	PA
guanfacine hcl	1	
midodrine hcl	1	
NORTHERA	1	PA
Alpha-adrenergic Blocking Agents		
CARDURA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
doxazosin mesylate	1	QL (60 PER 30 DAYS)
phenoxybenzamine hcl	1	
prazosin hcl	1	
terazosin hcl (2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
terazosin hcl 1 mg capsule	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)
azilsartan medoxomil	1	QL (30 PER 30 DAYS)
BENICAR (20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BENICAR 5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tb)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
candesartan cilexetil 32 mg tb	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)
irbesartan	1	QL (30 PER 30 DAYS)
losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
losartan potassium 100 mg tab	1	QL (30 PER 30 DAYS)
olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
olmesartan medoxomil 5 mg tab	1	QL (60 PER 30 DAYS)
telmisartan	1	QL (30 PER 30 DAYS)
valsartan (40 mg tablet, 80 mg tablet, 160 mg tablet)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
valsartan 320 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors		
benazepril hcl	1	
captopril	1	
enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab)	1	
fosinopril sodium	1	
lisinopril	1	
LOTENSIN	1	
moexipril hcl	1	
perindopril erbumine	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
quinapril hcl	1	
ramipril	1	
trandolapril	1	
VASOTEC	1	
ZESTRIL	1	
Antiarrhythmics		
amiodarone hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet)	1	
dofetilide	1	
flecainide acetate	1	
mexiletine hcl	1	
MULTAQ	1	
pacerone (pacerone, pacerone)	1	
propafenone hcl	1	
propafenone hcl er	1	
quinidine gluconate er 324 mg tab	1	
quinidine sulfate	1	
sotalol	1	
sotalol af	1	
TIKOSYN	1	
Beta-adrenergic Blocking Agents		
acebutolol hcl	1	
atenolol	1	
betaxolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	
bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)	1	
BYSTOLIC	1	
carvedilol	1	
carvedilol er	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
INDERAL LA	1	
INDERAL XL	1	
INNOPRAN XL	1	
labetalol hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet)	1	
LOPRESSOR (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	
metoprolol succinate	1	
metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tb, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	1	
nadolol	1	
nebivolol hcl	1	
pindolol	1	
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)	1	
propranolol hcl er	1	
TENORMIN	1	
timolol maleate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	
TOPROL XL	1	
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
amlodipine besylate	1	
felodipine er	1	
isradipine	1	
nicardipine hcl (20 mg capsule, 30 mg capsule)	1	
nifedipine	1	
nifedipine er	1	
nimodipine 30 mg capsule	1	
nisoldipine (er 8.5 mg tablet, er 17 mg tablet, er 25.5 mg tablet, er 34 mg tablet)	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NORVASC	1	
PROCARDIA XL	1	
SULAR	1	
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
CARDIZEM	1	
CARDIZEM CD	1	
CARDIZEM LA	1	
cartia xt	1	
dilt-xr	1	
diltiazem 12hr er	1	
diltiazem 24hr er	1	
diltiazem 24hr er (cd)	1	
diltiazem 24hr er (la)	1	
diltiazem 24hr er (xr)	1	
diltiazem hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet, 120 mg tablet)	1	
matzim la	1	
taztia xt	1	
tiadylt er	1	
TIAZAC	1	
verapamil er	1	
verapamil er pm	1	
verapamil hcl (40 mg tablet, 80 mg tablet, 120 mg tablet)	1	
verapamil sr	1	
VERELAN PM	1	
Cardiovascular Agents, Other		
acetazolamide	1	
acetazolamide er	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
aliskiren	1	QL (30 PER 30 DAYS)
amiloride-hydrochlorothiazide	1	
amlodipine besylate-benazepril	1	
amlodipine-atorvastatin	1	
amlodipine-olmesartan	1	QL (30 PER 30 DAYS)
amlodipine-valsartan	1	QL (30 PER 30 DAYS)
amlodipine-valsartan-hctz	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ATACAND HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
atenolol-chlorthalidone	1	
AVALIDE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
AZOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
benazepril-hydrochlorothiazide	1	
BENICAR HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
bisoprolol-hydrochlorothiazide	1	
candesartan-hydrochlorothiazid	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	
digoxin (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 62.5 mcg tablet, 125 mcg tablet, 250 mcg tablet)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
digoxin 0.05 mg/ml solution	1	QL (150 PER 30 DAYS)
DIOVAN HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDARBYCLOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
enalapril-hydrochlorothiazide	1	
ENTRESTO (49 MG-51 MG TABLET, 97 MG-103 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ENTRESTO SPRINKLE	1	QL (240 PER 30 DAYS)

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
EXFORGE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EXFORGE HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
fosinopril-hydrochlorothiazide	1	
HYZAAR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
irbesartan-hydrochlorothiazide	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ivabradine hcl	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LANOXIN (62.5 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 250 MCG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
lisinopril-hydrochlorothiazide	1	
losartan-hydrochlorothiazide	1	QL (30 PER 30 DAYS)
methazolamide	1	
metoprolol-hydrochlorothiazide	1	
metyrosine	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)
olmesartan-amlodipine-hctz	1	QL (30 PER 30 DAYS)
olmesartan-hydrochlorothiazide	1	QL (30 PER 30 DAYS)
pentoxifylline	1	
quinapril-hydrochlorothiazide	1	
ranolazine er	1	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan (49-51 mg, 97-103 mg)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan 24-26 mg	1	QL (180 PER 30 DAYS)
spironolactone-hctz	1	
TEKTURNA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
telmisartan-amlodipine	1	QL (30 PER 30 DAYS)
telmisartan-hydrochlorothiazid (40-12.5 mg tb, 80-25 mg tab)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
telmisartan-hydrochlorothiazid telmisartan-hctz 80-12.5 mg tb	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
TENORETIC 100	1	
TENORETIC 50	1	
trandolapril-verapamil er	1	
TRIBENZOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
valsartan-hydrochlorothiazide	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VASERETIC	1	
ZESTORETIC	1	
Diuretics, Loop		
bumetanide	1	
furosemide	1	
LASIX	1	
torsemide	1	
Diuretics, Potassium-sparing		
amiloride hcl	1	
triamterene-hydrochlorothiazid (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)	1	
Diuretics, Thiazide		
chlorthalidone	1	
hydrochlorothiazide	1	
indapamide	1	
metolazone	1	
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
fenofibrate (43 mg capsule, 48 mg tablet, 54 mg tablet)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
fenofibrate (67 mg capsule, 130 mg capsule, 134 mg capsule, 145 mg tablet, 160 mg tablet, 200 mg capsule)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
fenofibric acid dr 135 mg cap	1	QL (30 PER 30 DAYS)
fenofibric acid dr 45 mg cap	1	QL (60 PER 30 DAYS)
gemfibrozil	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
LOPID	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors		
atorvastatin calcium (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
atorvastatin calcium 80 mg tablet	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)
fluvastatin er	1	QL (30 PER 30 DAYS)
fluvastatin sodium	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)
lovastatin	1	QL (60 PER 30 DAYS)
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
pravastatin sodium 80 mg tab	1	QL (30 PER 30 DAYS)
rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
rosuvastatin calcium 40 mg tab	1	QL (30 PER 30 DAYS)
simvastatin (5 mg tablet, 10 mg tablet, 40 mg tablet)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
simvastatin 20 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
simvastatin 80 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZOCOR (10 MG TABLET, 40 MG TABLET)	1	ST, QL (45 PER 30 DAYS)
ZOCOR 20 MG TABLET	1	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
Dyslipidemics, Other		
cholestyramine	1	
cholestyramine light	1	
COLESTID 1 GM TABLET	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
colestipol hcl	1	
ezetimibe	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ezetimibe-simvastatin	1	QL (30 PER 30 DAYS)
icosapent ethyl (0.5 gm capsule, 500 mg capsule)	1	QL (240 PER 30 DAYS)
icosapent ethyl 1 gram capsule	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)
niacin er (er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
niacin er 500 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
omega-3 acid ethyl esters	1	
prevalite	1	
REPATHA SURECLICK	1	PA, QL (6 PER 28 DAYS)
REPATHA SYRINGE	1	PA, QL (6 PER 28 DAYS)
triklo	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	
eplerenone	1	
INSPRA	1	
KERENDIA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
spironolactone (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Vasodilators, Direct-acting Arterial		
hydralazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	1	
minoxidil (2.5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous		
ISORDIL TITRADOSE	1	
isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	1	
isosorbide mononitrate	1	
isosorbide mononitrate er	1	
NITRO-BID	1	
nitroglycerin (0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, 0.4% ointment, 0.6 mg tablet sl, 2% ointment, 400 mcg spray)	1	
nitroglycerin patch	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)
dextroamphetamine sulfate 10 mg tab	1	QL (180 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 5 mg tab	1	QL (90 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate er (er 10 mg cap, er 15 mg cap)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap	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
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)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
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)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine-amphetamine dextroamp-amphetamin 20 mg tab	1	QL (90 PER 30 DAYS)
lisdexamfetamine dimesylate (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)
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)
zenzedi 10 mg tablet	1	QL (180 PER 30 DAYS)
zenzedi 5 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
atomoxetine hcl (10 mg capsule, 18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
atomoxetine hcl (60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
clonidine hcl er 0.1 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
dexmethylphenidate hcl	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FOCALIN	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
guanfacine hcl er	1	QL (30 PER 30 DAYS)
methylphenidate er (er 10 mg tab, er 20 mg tab)	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg/5 ml sol	1	PA, QL (900 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
methylphenidate hcl 5 mg/5 ml soln	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)
dextromethorphan hbr-quinidine	1	PA, QL (60 PER 30 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)
riluzole	1	
tetrabenazine 12.5 mg tablet	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
tetrabenazine 25 mg tablet	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
VEOZAH	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
XENAZINE 12.5 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
XENAZINE 25 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
Multiple Sclerosis Agents		
AMPYRA	1	PA
AVONEX (4 PACK)	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
AVONEX 30 MCG/0.5 ML SYRINGE	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
AVONEX PEN (4 PACK)	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)

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
BETASERON	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
dalfampridine er	1	PA
dimethyl fumarate	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
fingolimod	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GILENYA 0.5 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 20 mg/ml syringe	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 40 mg/ml syringe	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
glatopa 20 mg/ml syringe	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatopa 40 mg/ml syringe	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

cevimeline hcl	1	
chlorhexidine gluconate (0.12% 15 ml cup, 0.12% rinse)	1	
kourzeq	1	
oralone	1	
periogard	1	
pilocarpine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)	1	
SALAGEN	1	
triamcinolone acetonide 0.1% paste	1	

Dermatological Agents

Acne and Rosacea Agents

accutane	1	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
acitretin	1	
amnesteem	1	PA
azelaic acid	1	
AZELEX	1	
BENZAMYCIN	1	
claravis	1	PA
clindamycin phos-benzoyl perox ph-benzoyl 1.2-5%	1	
clindamycin-benzoyl peroxide (clindamycin-benzoyl 1-5%, clindamycin-bnz 1-5% pmp)	1	
doxycycline ir-dr	1	
erythromycin-benzoyl peroxide	1	
FINACEA 15% FOAM	1	
isotretinoin	1	PA
KLARON	1	
neuac	1	
ORACEA	1	
RETIN-A	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
sulfacetamide sodium (sod 10% top susp, sodium 10% lotn)	1	
tazarotene (0.05% gel, 0.1% gel)	1	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
tazarotene (0.05%, 0.1%)	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)
tretinoin (0.01% gel, 0.025% cream, 0.025% gel, 0.05% cream, 0.1% cream)	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
trilitas	1	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
zenatane	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
Dermatitis and Pruitus Agents		
ALA-CORT	1	
alclometasone dipropionate	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ammonium lactate	1	
betamethasone diprop augmented (0.05% crm, 0.05% gel, 0.05% oin)	1	QL (200 PER 28 DAYS)
betamethasone diprop augmented dp 0.05% lot	1	QL (210 PER 30 DAYS)
betamethasone dipropionate (0.05% crm, 0.05% oint)	1	QL (135 PER 30 DAYS)
betamethasone dipropionate dp 0.05% lot	1	QL (120 PER 30 DAYS)
betamethasone valerate (va 0.1% cream, valer 0.1% ointm)	1	QL (135 PER 30 DAYS)
betamethasone valerate 0.1% lotion	1	QL (120 PER 30 DAYS)
clobetasol emollient 0.05% crm	1	QL (210 PER 28 DAYS)
clobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment)	1	QL (210 PER 28 DAYS)
clobetasol propionate (0.05% solution, prop 0.05% foam)	1	QL (200 PER 28 DAYS)
clobetasol propionate 0.05% shampoo	1	QL (236 PER 30 DAYS)
clodan	1	QL (236 PER 30 DAYS)
desonide (0.05% cream, 0.05% ointment)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
desonide 0.05% lotion	1	QL (118 PER 30 DAYS)
desoximetasone (0.05% cream, 0.05% gel, 0.25% cream, 0.25% ointment)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
DIPROLENE	1	QL (200 PER 28 DAYS)
doxepin hcl 5% cream	1	PA
ELIDEL	1	PA
EUCRISA	1	PA
fluocinolone acetonide (0.01% body, 0.01% scalp)	1	QL (118.28 PER 30 DAYS)
fluocinolone acetonide (0.01% cream, 0.01% solution, 0.025% cream, 0.025% ointment)	1	QL (120 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
fluocinonide (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
fluocinonide 0.1% cream	1	QL (240 PER 28 DAYS)
fluocinonide-e	1	QL (120 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate (0.005% oint, 0.05% cream)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
halobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% ointmnt)	1	QL (200 PER 28 DAYS)
hydrocortisone (1% cream, 1% ointment)	1	
hydrocortisone 2.5% lotion	1	QL (118 PER 30 DAYS)
hydrocortisone 2.5% ointment	1	QL (454 PER 30 DAYS)
hydrocortisone butyrate (hydrocort buty 0.1% lipid crm, hydrocort buty 0.1% lipo cream, hydrocortisone buty 0.1% cream, hydrocortisone butyr 0.1% oint)	1	QL (135 PER 30 DAYS)
hydrocortisone butyrate 0.1% soln	1	QL (120 PER 30 DAYS)
hydrocortisone valerate	1	QL (120 PER 30 DAYS)
mometasone furoate (0.1% cream, 0.1% oint)	1	QL (135 PER 30 DAYS)
mometasone furoate 0.1% soln	1	QL (120 PER 30 DAYS)
pimecrolimus	1	PA
PRUDOXIN	1	PA
selenium sulfide 2.5% lotion	1	
tacrolimus (0.03%, 0.1%)	1	PA
triamcinolone acetonide (0.025% cream, 0.025% oint, 0.1% cream, 0.1% ointment, 0.5% cream)	1	QL (454 PER 30 DAYS)
triamcinolone acetonide (0.025% lotion, 0.1% lotion, 0.5% ointment)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
triderm 0.5% cream	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		
calcipotriene (0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
calcitrene	1	QL (120 PER 30 DAYS)
clotrimazole-betamethasone	1	
diclofenac sodium 3% gel	1	PA
fluorouracil (2% soln, 5% soln)	1	QL (10 PER 30 OVER TIME)
fluorouracil 5% cream	1	QL (40 PER 30 OVER TIME)
imiquimod 5% cream packet	1	PA
methoxsalen	1	
nystatin-triamcinolone	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)
podofilox 0.5% topical soln	1	
SANTYL	1	QL (180 PER 30 DAYS)
SILVADENE	1	
silver sulfadiazine	1	
SSD	1	
Pediculicides/Scabicides		
ivermectin 1% cream	1	PA
malathion	1	
OVIDE	1	
permethrin	1	
SOOLANTRA	1	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Topical Anti-infectives		
gentamicin sulfate (0.1% cream, 0.1% ointment)	1	
METROCREAM	1	
METROGEL	1	
metronidazole (0.75% cream, 0.75% lotion, top 1% gel pump, topical 0.75% gl, topical 1% gel)	1	
mupirocin	1	QL (30 PER 30 OVER TIME)
Electrolytes/Minerals/ Metals/ Vitamins		
Electrolyte/Mineral Replacement		
aqua care sodium chloride	1	
CARBAGLU	1	PA
carglumic acid	1	PA
dextrose 2.5%-0.45% nacl	1	
dextrose 5%-0.2% nacl	1	
dextrose 5%-0.225% nacl	1	
dextrose 5%-0.45% nacl	1	
dextrose 5%-0.9% nacl	1	
glucose 5%-0.9% nacl	1	
kcl-d5w-0.2% nacl	1	
kcl-d5w-0.225% nacl	1	
kcl-d5w-0.45% nacl	1	
klor-con 10 (klor-con 10, klor-con 10)	1	
KLOR-CON 8	1	
klor-con m10	1	
KLOR-CON M15	1	
klor-con m20	1	
magnesium sulfate (50% 1 g/2 ml, 50% 10g/20ml, 50% 25g/50ml, 50% 5 g/10ml, 50% syringe)	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
potassium chloride (cl10%(20meq/15ml)cup, cl10%(40meq/30ml)cup, cl20%(40meq/15ml)cup, cl 2 meq/ml conc, cl 10 meq/5 ml conc, cl 10% (20 meq/15ml), cl 10% (40 meq/30ml), cl 20 meq/10 ml conc, cl 20% (40 meq/15ml), cl 40 meq/20 ml conc, cl 60 meq/30 ml conc, cl er 8 meq capsule, cl er 8 meq tablet, cl er 10 meq capsule, cl er 10 meq tablet, cl er 15 meq tablet, cl er 20 meq tablet)	1	
potassium chloride in d5lr	1	
potassium chloride proamp	1	
potassium chloride-0.45% nacl	1	
potassium chloride-dextrose 5% kcl 20 meq/l in d5w solution	1	
potassium citrate er	1	
sodium chloride (saline 0.45% soln-excel con, sodium chloride 0.45% soln, sodium chloride 0.9% 100 ml, sodium chloride 0.9% 1,000 ml, sodium chloride 0.9% 250 ml, sodium chloride 0.9% 50 ml, sodium chloride 0.9% 500 ml, sodium chloride 0.9% ampule, sodium chloride 0.9% irrig, sodium chloride 0.9% irrig., sodium chloride 0.9% prcss sol, sodium chloride 0.9% sol-excel, sodium chloride 0.9% soln, sodium chloride 0.9% solution, sodium chloride 0.9% vial)	1	
sodium chloride-water 0.9%-water	1	
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
CHEMET	1	
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)	1	PA
EXJADE	1	PA
JADENU	1	PA

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)
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)	1	PA
trientine hcl 250 mg capsule	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
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)	1	
glucose in water (50 ml, 100 ml)	1	
INTRALIPID 20% IV FAT EMUL	1	PA
NUTRILIPID	1	PA
TRAVASOL	1	PA
TROPHAMINE	1	PA
Potassium Binders		
kionex	1	
LOKELMA	1	
sodium polystyrene sulfonate (sodium polystyrene sulf powder, sps 15 gm/60 ml suspension)	1	
SPS	1	
Gastrointestinal Agents		
Anti-Constipation Agents		
constulose	1	
enulose	1	
generlac	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
lactulose (10 gm/15 ml soln cup, 10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml soln cup, 20 gm/30 ml solution)	1	
LINZESS	1	QL (30 PER 30 DAYS)
lubiprostone 24 mcg capsule	1	QL (60 PER 30 DAYS)
lubiprostone 8 mcg capsule	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		
alosetron hcl	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
diphenoxylate-atropine 2.5	1	PA
loperamide 2 mg capsule	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		
dicyclomine hcl (10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet)	1	PA
glycopyrrolate (1 mg tablet, 2 mg tablet)	1	
methscopolamine bromide	1	
Gastrointestinal Agents, Other		
bismuth-metronidazole-tetracyc	1	
chenodal	1	PA
gavilyte-c	1	
gavilyte-g	1	
gavilyte-n	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
metoclopramide hcl (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml cup, 10 mg/10 ml sol)	1	
MOVIPREP	1	
peg 3350-electrolyte solution	1	
peg-3350 and electrolytes	1	
peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c	1	
PYLERA	1	
REGLAN	1	
sod sulf-potass sulf-mag sulf	1	
SUPREP	1	
SUTAB	1	
ursodiol (250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet)	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		
cimetidine (200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet)	1	
famotidine (20 mg tablet, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml susp)	1	
nizatidine (150 mg capsule, 300 mg capsule)	1	
Protectants		
CARAFATE	1	
CYTOTEC	1	
misoprostol	1	
sucralfate	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		
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)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
lansoprazole (dr 15 mg capsule, dr 30 mg capsule)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
NEXIUM	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
omeprazole (dr 20 mg capsule, dr 40 mg capsule)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
omeprazole dr 10 mg capsule	1	QL (30 PER 30 DAYS)
pantoprazole sodium dr 20 mg tab	1	QL (30 PER 30 DAYS)
pantoprazole sodium dr 40 mg tab	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)
rabeprazole sodium dr 20 mg tab	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
ATTRUBY	1	PA, QL (112 PER 28 DAYS)
betaine anhydrous	1	
BUPHENYL 500 MG TABLET	1	PA
CARNITOR (1 GM/10 ML ORAL SOLN, 330 MG TABLET)	1	
CARNITOR SF	1	
CEREZYME	1	PA
CREON	1	
cromolyn sodium 100 mg/5 ml oral conc	1	
CRYSVITA	1	PA
CYSTADANE	1	
CYSTAGON	1	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ELELYSO	1	PA
ENDARI	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
KUVAN	1	PA
l-glutamine 5 gram powder pkt	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
levocarnitine (1 g/10 ml cup, 1 g/10 ml soln, 330 mg tablet, 500 mg/5 ml cup)	1	
miglustat	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
nitisinone	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)
sapropterin dihydrochloride	1	PA
sodium phenylbutyrate	1	PA
STRENSIQ	1	PA
VPRIV	1	Gaucher Enzyme Replacement PA - Vpriv
WELIREG	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
yargesa	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
zelvysia	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		
darifenacin er	1	QL (30 PER 30 DAYS)
fesoterodine fumarate er	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)
oxybutynin chloride (5 mg/5 ml soln cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/5 ml syrup)	1	QL (600 PER 30 DAYS)
oxybutynin chloride 5 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
oxybutynin chloride er cl 10 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
oxybutynin chloride er cl 15 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
oxybutynin chloride er cl 5 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
solifenacin succinate	1	QL (30 PER 30 DAYS)
tolterodine tartrate	1	QL (60 PER 30 DAYS)
tolterodine tartrate er	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TOVIAZ	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
trospium chloride	1	QL (60 PER 30 DAYS)
trospium chloride er	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Benign Prostatic Hypertrophy Agents		
alfuzosin hcl er	1	QL (30 PER 30 DAYS)
dutasteride	1	QL (30 PER 30 DAYS)
dutasteride-tamsulosin	1	QL (30 PER 30 DAYS)
finasteride 5 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PROSCAR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RAPAFLO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
silodosin	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
tadalafil (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
tamsulosin hcl	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Contraceptives, Other		
LILETTA	1	
NEXPLANON	1	
SKYLA	1	
Genitourinary Agents, Other		
bethanechol chloride	1	
DEPEN	1	
penicillamine 250 mg tablet	1	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Adrenal)		
ACTHAR	1	PA
ACTHAR SELFJECT	1	PA
CORTEF	1	
dexamethasone	1	
fludrocortisone acetate	1	
HEMADY	1	
hidex	1	
hydrocortisone (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	
MEDROL (4 MG DOSEPAK, 4 MG TABLET, 8 MG TABLET, 16 MG TABLET)	1	
methylprednisolone	1	
prednisolone (15 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml syrup, 15mg/5ml soln cup)	1	
prednisolone sodium phosphate (5 mg/5 ml soln, sod ph 25 mg/5 ml)	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
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)	1	
taperdex 6 day 1.5 mg tablet	1	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Pituitary)		
CHORIONIC GONADOTROPIN	1	PA
DDAVP (0.1 MG TABLET, 0.2 MG TABLET)	1	
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)	1	
INCRELEX	1	
OMNITROPE	1	PA
PREGNYL	1	PA
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Sex Hormones/ Modifiers)		
Androgens		
danazol	1	PA
DEPO-TESTOSTERONE	1	PA
methyltestosterone	1	PA
testosterone (1% (50 mg/5 g) pk, 12.5 mg/1.25 gram, 50 mg/5 gram gel, 50 mg/5 gram pkt)	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
testosterone (1.62% (2.5 g) pkt, 1.62% gel pump)	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
testosterone 1% (25mg/2.5g) pk	1	PA, QL (225 PER 30 DAYS)
testosterone 1.62%(1.25 g) pkt	1	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
testosterone 30 mg/1.5 ml pump	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
testosterone cypionate	1	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
testosterone enanthate	1	PA
Estrogens		
conjugated estrogens	1	
DEPO-ESTRADIOL	1	
DIVIGEL	1	
dotti	1	
ESTRACE 0.01% CREAM	1	
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)	1	
estradiol (once weekly)	1	
estradiol (twice weekly)	1	
estradiol valerate	1	
ESTRING	1	
lyllana	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	
yuvafem	1	
abigale	1	
abigale lo	1	
afirmelle	1	
altavera	1	
alyacen	1	
amabelz	1	
amethia	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
amethyst	1	
apri	1	
aranelle	1	
ashlyna	1	
aubra	1	
aubra eq	1	
aurovela	1	
aurovela 24 fe	1	
aurovela fe	1	
aviane	1	
ayuna	1	
azurette	1	
balziva	1	
blisovi 24 fe	1	
blisovi fe	1	
briellyn	1	
camrese	1	
camrese lo	1	
chateal eq	1	
COMBIPATCH	1	
cryselle	1	
cyred	1	
cyred eq	1	
dasetta	1	
daysee	1	
desogestr-eth estrad eth estra	1	
dolishale	1	
drospirenone-eth estra-levomef	1	
drospirenone-ethinyl estradiol	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
elinest	1	
eluryng	1	
enilloring	1	
enpresse	1	
enskyce	1	
estarylla	1	
estradiol-norethindrone acetat	1	
ethynodiol-ethinyl estradiol	1	
etonogestrel-ethinyl estradiol	1	
falmina	1	
feirza	1	
fyavolv 1 mg-5 mcg tablet	1	
galbriela	1	
gemmily	1	
hailey	1	
hailey 24 fe	1	
hailey fe	1	
haloette	1	
iclevia	1	
introvale	1	
isibloom	1	
jaimiess	1	
jasmiel	1	
jinteli	1	
jolessa	1	
juleber	1	
junel	1	
junel fe	1	
junel fe 24	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
kaitlib fe	1	
kalliga	1	
kariva	1	
kelnor 1-35	1	
kelnor 1-50	1	
kurvelo	1	
larin	1	
larin 24 fe	1	
larin fe	1	
LAYOLIS FE	1	
leena	1	
lessina	1	
levonest	1	
levonorg-eth estrad eth estrad (levono-e 0.15-0.03-0.01, levonor-e 0.1-0.02-0.01)	1	
levonorgestrel-eth estradiol	1	
levora-28	1	
lo-zumandimine	1	
LOESTRIN	1	
LOESTRIN FE	1	
lojaimiess	1	
loryna	1	
low-ogestrel	1	
luizza	1	
lutera	1	
marlissa	1	
merzee	1	
microgestin	1	
microgestin fe	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
mili	1	
mimvey	1	
mono-linyah	1	
necon	1	
nikki	1	
norelgestromin-eth estradiol	1	
norethin-eth estra-ferrous fum	1	
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)	1	
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)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol	1	
nortrel	1	
NUVARING	1	
nylia	1	
ocella	1	
philith	1	
pimtrea	1	
portia	1	
PREMPHASE	1	
PREMPRO	1	
reclipsen	1	
setlakin	1	
simliya	1	
simpesse	1	
sprintec	1	
sronyx	1	
syeda	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
tarina 24 fe	1	
tarina fe	1	
tarina fe 1-20 eq	1	
taysofy	1	
tilia fe	1	
tri-estarylla	1	
tri-legest fe	1	
tri-linyah	1	
tri-lo-estarylla	1	
tri-lo-marzia	1	
tri-lo-mili	1	
tri-lo-sprintec	1	
tri-mili	1	
tri-nymyo	1	
tri-sprintec	1	
tri-vylibra	1	
tri-vylibra lo	1	
trivora-28	1	
turqoz	1	
tydemy	1	
valtya	1	
velivet	1	
vestura	1	
vienva	1	
viorele	1	
volnea	1	
vyfemla	1	
vylibra	1	
wera	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
wymzya fe	1	
xarah fe	1	
xelria fe	1	
xulane	1	
YASMIN 28	1	
YAZ	1	
zafemy	1	
zovia 1-35	1	
zumandimine	1	
Progestins		
camila	1	
deblitane	1	
DEPO-PROVERA	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	1	
emzahh	1	
errin	1	
gallifrey	1	
heather	1	
incassia	1	
jencycla	1	
lyleq	1	
lyza	1	
medroxyprogesterone acetate	1	
megestrol acetate (20 mg tablet, 40 mg tablet, acet 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp cup, acet 400 mg/10 ml)	1	
meleya	1	
nora-be (nora-be, nora-be)	1	
norethindrone	1	
norethindrone ac (lupaneta)	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
norethindrone acetate	1	
orquidea	1	
progesterone (100 mg capsule, 200 mg capsule)	1	
PROVERA	1	
sharobel	1	
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents		
DUAVEE	1	
EVISTA	1	
raloxifene hcl	1	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Thyroid)		
CYTOMEL	1	
LEVO-T	1	
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)	1	
LEVOXYL	1	
liomny	1	
liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)	1	
SYNTHROID	1	
TIROSINT	1	
TIROSINT-SOL	1	
UNITHROID	1	
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
cabergoline	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)
leuprolide acetate	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
leuprolide depot	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)
mifepristone 300 mg tablet	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
octreotide acetate	1	PA
octreotide acetate er	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		
methimazole	1	
propylthiouracil	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)
icatibant	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
sajazir	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)

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 55 MG/0.37 ML SYRINGE	1	PA, QL (2.22 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 600 MG/10 ML VIAL	1	PA, QL (60 PER 180 OVER TIME)
SKYRIZI ON-BODY 180 MG/1.2 ML	1	PA, QL (8.4 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI ON-BODY 360 MG/2.4 ML	1	PA, QL (16.8 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN	1	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
STELARA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL)	1	PA, QL (1.5 PER 84 OVER TIME)
STELARA 130 MG/26 ML VIAL	1	PA, QL (104 PER 180 OVER TIME)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)
STEQEYMA (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 (45 MG/0.5 ML VIAL, 45MG/0.5ML SYRINGE)	1	PA, QL (1.5 PER 84 OVER TIME)
USTEKINUMAB 130 MG/26 ML VIAL	1	PA, QL (104 PER 180 OVER TIME)
USTEKINUMAB 90 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)
USTEKINUMAB-AEKN 45 MG SYRINGE	1	PA, QL (1.5 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
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)
BESREMI PEN	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
PEGASYS	1	PA
Immunosuppressants		
ASTAGRAF XL	1	PA
AZASAN	1	PA
azathioprine	1	PA
CELLCEPT (200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	1	PA
cyclosporine (25 mg capsule, 100 mg capsule)	1	PA
cyclosporine modified	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)
ENVARSUS XR	1	PA
everolimus (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet)	1	PA
gengraf	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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH	1	PA, QL (2.4 PER 28 DAYS)
IMURAN	1	PA
leflunomide	1	
methotrexate	1	
methotrexate sodium	1	
mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet)	1	PA
mycophenolic acid	1	PA
MYFORTIC 180 MG TABLET	1	PA
MYHIBBIN	1	PA
NEORAL	1	PA
PROGRAF (0.2 MG GRANULE PACKET, 0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 1 MG GRANULE PACKET, 5 MG CAPSULE)	1	PA
SANDIMMUNE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	1	PA
SIMLANDI(CF) 20 MG/0.2 SYRG	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI(CF) 40 MG/0.4 SYRG	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
SIMLANDI(CF) 80 MG/0.8 SYRG	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR AI 40 MG/0.4	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR AI 80 MG/0.8	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
sirolimus	1	PA
tacrolimus (0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule (ir), 5 mg capsule (ir))	1	PA
tacrolimus xl	1	PA
XATMEP	1	PA
ZORTRESS	1	PA
Vaccines		
ABRYSVO	1	QL (1 PER 999 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
ACTHIB	1	
ADACEL TDAP	1	
AREXVY	1	QL (1 PER 999 OVER TIME)
BCG VACCINE (TICE STRAIN)	1	
BEXSERO	1	
BOOSTRIX TDAP	1	
DAPTACEL DTAP	1	
DENGVAXIA	1	
ENGERIX-B ADULT	1	PA
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	1	PA
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE)	1	
GARDASIL 9	1	
HAVRIX	1	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5 ML SYRNG	1	PA
HIBERIX	1	
IMOVAX RABIES VACCINE	1	PA
INFANRIX DTAP	1	
IPOL	1	
IXIARO	1	
JYNNEOS	1	PA
JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE)	1	PA
KINRIX	1	
M-M-R II VACCINE	1	
MENQUADFI	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	1	
MRESVIA	1	QL (0.5 PER 999 OVER TIME)
PEDIARIX	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
PEDVAXHIB	1	
PENBRAYA	1	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y	1	
PENTACEL	1	
PRIORIX	1	
PROQUAD	1	
QUADRACEL DTAP-IPV	1	
RABAVERT	1	PA
RECOMBIVAX HB	1	PA
ROTARIX	1	
ROTATEQ	1	
SHINGRIX 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	1	QL (1 PER 999 OVER TIME)
SHINGRIX VIAL KIT	1	QL (2 PER 999 OVER TIME)
STAMARIL	1	
TENIVAC	1	PA
TICOVAC	1	
TRUMENBA	1	
TWINRIX	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA	1	
VARIVAX VACCINE	1	
VAXCHORA VACCINE	1	
VIMKUNYA	1	
VIVOTIF	1	
YF-VAX	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Inflammatory Bowel Disease Agents		
Aminosalicylates		
APRISO	1	QL (120 PER 30 DAYS)
AZULFIDINE	1	
balsalazide disodium	1	
CANASA	1	
DIPENTUM	1	
LIALDA	1	QL (120 PER 30 DAYS)
mesalamine (4 gm/60 ml enema, 4 gm/60 ml kit, 1,000 mg supp)	1	
mesalamine 800 mg dr tablet	1	QL (180 PER 30 DAYS)
mesalamine dr	1	QL (180 PER 30 DAYS)
mesalamine dr 1.2 gm tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
mesalamine er 0.375 gram cap	1	QL (120 PER 30 DAYS)
mesalamine er 250 mg capsule	1	QL (480 PER 30 DAYS)
mesalamine er 500 mg capsule	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	
sulfasalazine	1	
sulfasalazine dr	1	
Glucocorticoids		
budesonide dr	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
budesonide ec	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
budesonide er	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
hydrocortisone 100 mg/60 ml	1	
hydrocortisone 2.5% cream	1	QL (454 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
procto-med hc	1	QL (454 PER 30 DAYS)
proctosol-hc	1	QL (454 PER 30 DAYS)
proctozone-hc	1	QL (454 PER 30 DAYS)

Metabolic Bone Disease Agents

alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)	1	QL (4 PER 28 DAYS)
alendronate sodium 10 mg tab	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ATELVIA	1	QL (4 PER 28 DAYS)
BONSITY	1	PA
calcitonin-salmon 200 unit spr	1	
calcitriol (0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml solution)	1	
cinacalcet hcl	1	PA
FORTEO	1	PA
FOSAMAX	1	QL (4 PER 28 DAYS)
ibandronate sodium 150 mg tab	1	QL (1 PER 28 DAYS)
JUBBONTI	1	PA
OSENVELT	1	PA
paricalcitol (1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 4 mcg capsule)	1	
PROLIA	1	PA
risedronate sodium (5 mg tablet, 30 mg tab)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
risedronate sodium 150 mg tab	1	QL (1 PER 28 DAYS)
risedronate sodium 35 mg tab	1	QL (4 PER 28 DAYS)
risedronate sodium dr	1	QL (4 PER 28 DAYS)
ROCALTROL	1	
SENSIPAR	1	PA
STOBOCLO	1	PA
teriparatide (teriparatide, teriparatide)	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
TYMLOS	1	PA
WYOST	1	PA
XGEVA	1	PA
Ophthalmic Agents		
Ophthalmic Agents, Other		
atropine sulfate (1% drop, 1% drops)	1	
brimonidine tartrate-timolol	1	
COMBIGAN	1	
COSOPT	1	
cyclosporine 0.05% eye emuls	1	QL (60 PER 30 DAYS)
CYSTADROPS	1	PA, QL (20 PER 28 DAYS)
CYSTARAN	1	PA, QL (60 PER 28 DAYS)
dorzolamide-timolol eye drops	1	
MAXITROL EYE OINTMENT	1	
MIEBO	1	PA, QL (3 PER 30 DAYS)
neo-polycin hc	1	
neomycin-bacitracin-poly-hc	1	
neomycin-polymyxin-dexameth	1	
RESTASIS	1	QL (60 PER 30 DAYS)
sulfacetamide-prednisolone	1	
TOBRADEX EYE OINTMENT	1	
tobramycin-dexamethasone	1	
XDEMVY	1	PA
XIIDRA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
Ophthalmic Anti-Infectives		
bacitracin 500 unit/gm ophth	1	
bacitracin-polymyxin	1	
BESIVANCE	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
difluprednate	1	
DUREZOL	1	
EYSUVIS	1	PA
fluorometholone	1	
flurbiprofen sodium	1	
FML	1	
ILEVRO	1	
INVELTYS	1	
ketorolac tromethamine (0.4%, 0.5%)	1	
PRED FORTE	1	
PRED MILD	1	
prednisolone acetate	1	
prednisolone sodium phosphate 1% eye drop	1	
PROLENSA	1	
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
betaxolol hcl 0.5% eye drop	1	
BETOPTIC S	1	
carteolol hcl	1	
ISTALOL	1	
levobunolol hcl	1	
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)	1	
TIMOPTIC OCUDOSE	1	
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
ALPHAGAN P	1	
AZOPT	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
brimonidine tartrate (tartrate 0.1% drop, tartrate 0.15% drp, 0.2% eye drop)	1	
brinzolamide	1	
dorzolamide hcl	1	
pilocarpine hcl (1% drops, 2% drops, 4% drops)	1	
RHOPRESSA	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
ROCKLATAN	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
SIMBRINZA	1	
Ophthalmic Prostaglandin and Prostamide Analogs		
bimatoprost 0.03% eye drops	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
latanoprost 0.005% eye drops	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
LUMIGAN	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
TRAVATAN Z	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
travoprost	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
Otic Agents		
acetic acid 2% ear solution	1	
ciprofloxacin-dexamethasone	1	
flac otic oil	1	
fluocinolone acetonide oil	1	
hydrocortisone-acetic acid	1	
neomycin-polymyxin-hc ear susp	1	
neomycin-polymyxin-hydrocort	1	
ofloxacin 0.3% ear drops	1	
Respiratory Tract/ Pulmonary Agents		
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids		
ARNUITY ELLIPTA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX	1	QL (1 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
ASMANEX HFA	1	QL (13 PER 30 DAYS)
budesonide (0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml inh)	1	PA
flunisolide	1	QL (75 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate 50 mcg spray	1	QL (16 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate hfa 110 mcg	1	QL (12 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate hfa 220 mcg	1	QL (24 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate hfa 44 mcg	1	QL (10.6 PER 30 DAYS)
mometasone furoate 50 mcg spry	1	QL (34 PER 30 DAYS)
QVAR REDIHALER 40 MCG	1	QL (10.6 PER 30 DAYS)
QVAR REDIHALER 80 MCG	1	QL (21.2 PER 30 DAYS)
XHANCE	1	QL (32 PER 30 DAYS)
Antihistamines		
azelastine hcl 0.1% (137 mcg) spry	1	QL (60 PER 30 DAYS)
cetirizine hcl (1 mg/ml soln, 1 mg/ml syrup)	1	
clemastine fumarate 2.68 mg tablet	1	PA
cyproheptadine hcl	1	PA
desloratadine 5 mg tablet	1	
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tablet	1	
olopatadine hcl 665 mcg nasal spry	1	QL (30.5 PER 30 DAYS)
Antileukotrienes		
ACCOLATE	1	
montelukast sodium	1	
SINGULAIR	1	
zafirlukast	1	
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT HFA	1	QL (25.8 PER 30 DAYS)
INCRUSE ELLIPTA	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
ipratropium bromide 0.02% soln	1	PA
ipratropium bromide 0.03% spray	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.06% spray	1	QL (45 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 17 mcg hfa inh	1	QL (25.8 PER 30 DAYS)
SPIRIVA HANDIHALER	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT	1	QL (4 PER 30 DAYS)
tiotropium bromide	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proair hfa)	1	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proventil hfa)	1	QL (13.4 PER 30 DAYS)
albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic ventolin hfa)	1	QL (36 PER 30 DAYS)
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)	1	
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)	1	PA
albuterol sulfate hfa	1	QL (17 PER 30 DAYS)
epinephrine (0.15 mg auto-injct, 0.3 mg auto-inject)	1	
levalbuterol tartrate hfa	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PROAIR RESPICLICK	1	QL (2 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS	1	QL (60 PER 30 DAYS)
terbutaline sulfate (2.5 mg tab, 5 mg tab)	1	
VENTOLIN HFA	1	QL (36 PER 30 DAYS)
XOPENEX HFA	1	QL (30 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
tobramycin 300 mg/5 ml ampule	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		
cromolyn sodium 20 mg/2 ml neb soln	1	PA
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
DALIRESP	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
roflumilast	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
THEO-24	1	
theophylline anhydrous (er 300 mg tab, er 450 mg tab)	1	
theophylline er (er 300 mg tablet, er 400 mg tablet, er 450 mg tablet, er 600 mg tablet)	1	
Pulmonary Antihypertensives		
ADCIRCA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ADEMPAS	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ambrisentan	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
bosentan (62.5 mg tablet, 125 mg tablet)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
bosentan 32 mg tablet for susp	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
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
sildenafil citrate 20 mg tablet	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
tadalafil 20 mg tablet	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TRACLEER (62.5 MG TABLET, 125 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
VENTAVIS	1	Pulmonary Hypertension PA - Ventavis, QL (270 PER 30 DAYS)
WINREVAIR	1	PA, QL (1 PER 21 DAYS)
WINREVAIR (2 PACK)	1	PA, QL (1 PER 21 DAYS)
Pulmonary Fibrosis Agents		
ESBRIET (267 MG CAPSULE, 267 MG TABLET)	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
ESBRIET 801 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
nintedanib esylate	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OFEV	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
pirfenidone (267 mg capsule, 267 mg tablet)	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
pirfenidone 801 mg tablet	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Respiratory Tract Agents, Other		
acetylcysteine (10% vial, 20% vial)	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)

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
breyna	1	QL (30.9 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE	1	QL (10.7 PER 30 DAYS)
budesonide-formoterol fumarate	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)
fluticasone-salmeterol (100, 250, 500)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
fluticasone-salmeterol (55, 113, 232)	1	QL (1 PER 30 DAYS)
ipratropium-albuterol	1	PA
STIOLTO RESPIMAT	1	QL (4 PER 30 DAYS)
TRELEGY ELLIPTA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
wixela inhub	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Skeletal Muscle Relaxants

chlorzoxazone 500 mg tablet	1	
cyclobenzaprine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	
methocarbamol (500 mg tablet, 750 mg tablet)	1	

Sleep Disorder Agents

Sleep Promoting Agents

BELSOMRA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAYVIGO	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
doxepin hcl (3 mg tablet, 6 mg tablet)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
eszopiclone	1	QL (30 PER 30 DAYS)
HETLIOZ	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ramelteon	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
ROZEREM	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SILENOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
tasimelteon	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
temazepam (15 mg capsule, 30 mg capsule)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
zaleplon 10 mg capsule	1	QL (60 PER 30 DAYS)
zaleplon 5 mg capsule	1	QL (30 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate er	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Wakefulness Promoting Agents		
armodafinil	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)
modafinil	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
NUVIGIL	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
sodium oxybate	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 . . . 57
abacavir-lamivudine . . . 57
abigale . . . 101
abigale lo . . . 101
ABILIFY . . . 50
ABILIFY ASIMTUFII . . . 50
ABILIFY MAINTENA . . . 50
abiraterone acetate . . . 37
abirtega . . . 37
ABRYSVO . . . 114
acamprosate calcium . . . 15
acarbose . . . 63
ACCOLATE . . . 123
accutane . . . 86
acebutolol hcl . . . 75
acetaminophen-codeine . . . 13,14
acetazolamide . . . 77
acetazolamide er . . . 77
acetic acid . . . 122
acetylcysteine . . . 126
acitretin . . . 87
ACTEMRA . . . 110
ACTEMRA ACTPEN . . . 110
ACTHAR . . . 99
ACTHAR SELFJECT . . . 99
ACTHIB . . . 115
ACTIMMUNE . . . 113
ACTOS . . . 63
ACULAR . . . 120
ACULAR LS . . . 120
acyclovir . . . 60
acyclovir sodium . . . 60
ADACEL TDAP . . . 115
ADCIRCA . . . 125
ADDERALL XR . . . 83
adefovir dipivoxil . . . 59
ADEMPAS . . . 125
ADLARITY . . . 27
ADVAIR HFA . . . 126
AFINITOR . . . 40
AFINITOR DISPERZ . . . 40
afirmelle . . . 101
AGRYLIN . . . 71
AIMOVIG AUTOINJECTOR . . . 35
AKEEGA . . . 40
ALA-CORT . . . 88
albendazole . . . 47
ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic ProAir HFA) . . . 124
ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic Proventil HFA) . . . 124
albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic Ventolin hfa) . . . 124
albuterol sulfate . . . 124
albuterol sulfate hfa . . . 124
alclometasone dipropionate . . . 88
alcohol pads . . . 63
ALDACTONE . . . 82
ALECENSA . . . 40
alendronate sodium . . . 118
alfuzosin hcl er . . . 98
aliskiren . . . 78
allopurinol . . . 34
alosetron hcl . . . 94
ALPHAGAN P . . . 121
alprazolam . . . 61
alprazolam er . . . 61
alprazolam xr . . . 61
altavera . . . 101
ALUNBRIG . . . 40
alyacen . . . 101
amabelz . . . 101
amantadine . . . 48
AMBISOME . . . 33
ambrisentan . . . 125
amethia . . . 101
amethyst . . . 102
amikacin sulfate . . . 17
amiloride hcl . . . 80
amiloride-hydrochlorothiazide . . . 78

amiodarone hcl 75
amitriptyline hcl 32
amlodipine besylate 76
amlodipine besylate-benazepril 78
amlodipine-atorvastatin 78
amlodipine-olmesartan 78
amlodipine-valsartan 78
amlodipine-valsartan-hctz 78
ammonium lactate 88
amnesteem 87
amoxapine 32
amoxicillin 20
amoxicillin-clavulanate pot er 20
amoxicillin-clavulanate potass 20
amphotericin b 33
amphotericin b liposome 33
ampicillin sodium 20
ampicillin trihydrate 20
ampicillin-sulbactam 20
AMPYRA 85
anagrelide hcl 71
anastrozole 39
ANORO ELLIPTA 126
apomorphine hcl 49
aprepitant 33
apri 102
APRISO 117
APTIOM 26
APTIVUS 58
aqua care sodium chloride 91
aranelle 102
ARANESP 72
ARCALYST 110
AREXVY 115
ARICEPT 27
ARIKAYCE 17
ARIMIDEX 39
aripiprazole 50
aripiprazole odt 50
ARISTADA 51
ARISTADA INITIO 51
armodafinil 128
ARNUITY ELLIPTA 122
AROMASIN 39
ARTHROTEC 50 11
ARTHROTEC 75 11
asenapine maleate 51
ashlyna 102
ASMANEX 122
ASMANEX HFA 123
aspirin-dipyridamole er 72
ASTAGRAF XL 113
ATACAND 73
ATACAND HCT 78
atazanavir sulfate 58
ATELVIA 118
atenolol 75
atenolol-chlorthalidone 78
ATGAM 110
atomoxetine hcl 84
atorvastatin calcium 81
atovaquone 48
atovaquone-proguanil hcl 48
atropine sulfate 119
ATROVENT HFA 123
ATTRUBY 96
aubra 102
aubra eq 102
AUGTYRO 40
aurovela 102
aurovela 24 fe 102
aurovela fe 102
AUSTEDO 85
AUSTEDO XR 85
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 85
autoshield duo pen needle 67
AUVELITY 28
AVALIDE 78
AVAPRO 73
aviane 102
avidoxy 22
AVMAPKI-FAKZYNJA 38

AVONEX....85
AVONEX (4 PACK)....85
AVONEX PEN (4 PACK)....85
ayuna....102
AYVAKIT....40
AZACTAM....17
AZASAN....113
azathioprine....113
azelaic acid....87
azelastine hcl....120,123
AZELEX....87
AZILECT....49
azilsartan medoxomil....73
azithromycin....21
AZOPT....121
AZOR....78
aztreonam....17
AZULFIDINE....117
azurette....102

B

bacitracin....119
bacitracin-polymyxin....119
baclofen....55
BACTRIM....22
BACTRIM DS....22
balsalazide disodium....117
BALVERSA....40
balziva....102
BANZEL....26
BAQSIMI....66
BARACLUDE....60
BCG VACCINE (TICE STRAIN)....115
BELBUCA....13
BELSOMRA....127
benazepril hcl....74
benazepril-hydrochlorothiazide....78
BENICAR....73,74
BENICAR HCT....78
BENLYSTA....110
BENZAMYCIN....87
benztropine mesylate....48
BEQALZI....40
BESIVANCE....119
BESREMI....113
BESREMI PEN....113
betaine anhydrous....96
betamethasone diprop augmented....88
betamethasone dipropionate....88
betamethasone valerate....88
BETASERON....86
betaxolol hcl....75,121
bethanechol chloride....99
BETOPTIC S....121
bexarotene....47
BEXSERO....115
bicalutamide....37
BICILLIN L-A....20
BIKTARVY....55
BILTRICIDE....47
bimatoprost....122
bismuth-metronidazole-tetracyc....94
bisoprolol fumarate....75
bisoprolol-hydrochlorothiazide....78
BIXLENVO....55
blisovi 24 fe....102
blisovi fe....102
BONSITY....118
BOOSTRIX TDAP....115
bosentan....125
BOSULIF....40
bosutinib....40
BRAFTOVI....40
BREO ELLIPTA....126
breyna....127
BREZTRI AEROSPHERE....127
briellyn....102
BRILINTA....72
brimonidine tartrate....122
brimonidine tartrate-timolol....119
brinzolamide....122
brivaracetam....23

BRIVIACT 23
bromfenac sodium 120
bromocriptine mesylate 49
BRUKINSA 41
budesonide 123
budesonide dr 117
budesonide ec 117
budesonide er 117
budesonide-formoterol fumarate 127
bumetanide 80
BUPHENYL 96
buprenorphine 13
buprenorphine hcl 16
buprenorphine-naloxone 16
bupropion hcl 28
bupropion hcl sr 16,28
bupropion hcl sr 150mg tablet 28
bupropion xl 28
buspirone hcl 61
butalbital-acetaminophen 11
butalbital-acetaminophen-caffe 11
butalbital-aspirin-caffeine 11
butorphanol tartrate 14
BUTRANS 13
BYSANTI 51
BYSTOLIC 75

C

cabergoline 108
CABLIVI 72
CABOMETYX 41
calcipotriene 90
calcitonin-salmon 118
calcitrene 90
calcitriol 118
CALQUENCE 41
camila 107
camrese 102
camrese lo 102
CANASA 117
CANCIDAS 33
candesartan cilexetil 74
candesartan-hydrochlorothiazid 78
CAPLYTA 51
CAPRELSA 41
captopril 74
CARAFATE 95
CARBAGLU 91
carbamazepine 26
carbamazepine er 26
CARBATROL 26
carbidopa 49
carbidopa-levodopa 49
carbidopa-levodopa er 49
carbidopa-levodopa-entacapone 49
CARDIZEM 77
CARDIZEM CD 77
CARDIZEM LA 77
CARDURA 73
carglumic acid 91
CARNITOR 96
CARNITOR SF 96
carteolol hcl 121
cartia xt 77
carvedilol 75
carvedilol er 75
CASODEX 37
caspofungin acetate 33
CAVHANZA 41
CAYSTON 125
cefaclor 19
cefadroxil 19
cefazolin sodium 19
cefazolin sodium-dextrose 19
cefdinir 19
cefepime 19
cefepime hcl 19
cefepime-dextrose 19
cefixime 19
cefoxitin 19
cefoxitin sodium 19
cefpodoxime proxetil 19

cefprozil....19
ceftaroline fosamil....19
ceftazidime....19
ceftriaxone....19
cefuroxime....19
cefuroxime sodium....19
CELEBREX....11
celecoxib....11
CELEXA....29
CELLCEPT....113
CELONTIN....24
cephalexin....19
CEREZYME....96
cetirizine hcl....123
cevimeline hcl....86
chateal eq....102
CHEMET....92
chenodal....94
chlordiazepoxide hcl....61
chlorhexidine gluconate....86
chloroquine phosphate....48
chlorpromazine hcl....32
chlorthalidone....80
chlorzoxazone....127
cholestyramine....81
cholestyramine light....81
CHORIONIC GONADOTROPIN....100
ciclodan....33
ciclopirox....33
cilostazol....72
CIMDUO....57
cimetidine....95
cinacalcet hcl....118
CIPRO....22
ciprofloxacin hcl....22,120
ciprofloxacin-d5w....22
ciprofloxacin-dexamethasone....122
citalopram hbr....29
claravis....87
clarithromycin....21
clarithromycin er....21
clemastine fumarate....123
CLEOCIN....17
CLEOCIN HCL....17
CLEOCIN PHOSPHATE....17
CLEOCIN T....17
clindacin etz....17
clindacin p....17
clindamycin (pediatric)....17
clindamycin hcl....17
clindamycin phos-benzoyl perox....87
clindamycin phosphate....17
clindamycin phosphate-d5w....17
clindamycin-0.9% nacl....18
clindamycin-benzoyl peroxide....87
clobazam....24
clobetasol emollient....88
clobetasol propionate....88
clodan....88
clomipramine hcl....32
clonazepam....62
clonidine....73
clonidine hcl....73
clonidine hcl er....84
clopidogrel....72
clorazepate dipotassium....62
clotrimazole....33
clotrimazole-betamethasone....90
clozapine....55
clozapine odt....55
CLOZARIL....55
COARTEM....48
COBENFY....55
COBENFY STARTER PACK....55
codeine sulfate....14
colchicine....35
COLESTID....81
colestipol hcl....82
colistimethate....18
COMBIGAN....119
COMBIPATCH....102
COMBIVENT RESPIMAT....127

COMETRIQ....41
COMPLERA....57
compro....32
COMTAN....49
conjugated estrogens....101
constulose....93
COPIKTRA....41
CORLANOR....78
CORTEF....99
COSENTYX (2 SYRINGES)....111
COSENTYX SENSOREADY (2 PENS)....111
COSENTYX SENSOREADY PEN....111
COSENTYX SYRINGE....111
COSENTYX UNOREADY PEN....111
COSOPT....119
COTELLIC....41
COZAAR....74
CREON....96
CRESEMBA....33
CRESTOR....81
cromolyn sodium....96,120,125
cryselle....102
CRYSVITA....96
cyclobenzaprine hcl....127
cyclophosphamide....37
cycloserine....36
CYCLOSET....63
cyclosporine....113,119
cyclosporine modified....113
CYMBALTA....29
cyproheptadine hcl....123
cyred....102
cyred eq....102
CYSTADANE....96
CYSTADROPS....119
CYSTAGON....96
CYSTARAN....119
CYTOMEL....108
CYTOTEC....95

D

dabigatran etexilate....70
dalbavancin hcl....18
dalfampridine er....86
DALIRESP....125
DALVANCE....18
danazol....100
DANTRIUM....55
dantrolene sodium....55
DANZITEN....41
dapagliflozin....63
dapagliflozin-metfor er 5-1000 mg....63
dapagliflozin-metformin er....63
dapsone....36
DAPTACEL DTAP....115
daptomycin....18
DARAPRIM....48
darifenacin er....98
darunavir....58
dasatinib....41
dasetta....102
DAURISMO....41
DAYPRO....11
daysee....102
DAYVIGO....127
DDAVP....100
deblitane....107
deferasirox....92
DELSTRIGO....56
demeclocycline hcl....22
DEMSER....78
DENGVAXIA....115
DEPAKOTE....23
DEPAKOTE ER....23
DEPAKOTE SPRINKLE....23
DEPEN....99
DEPO-ESTRADIOL....101
DEPO-PROVERA....107
DEPO-SUBQ PROVERA 104....107
DEPO-TESTOSTERONE....100

dermacinrx lidocan . . . 15
DESCOVY . . . 57
desipramine hcl . . . 32
desloratadine . . . 123
desmopressin acetate . . . 100
desogestr-eth estrad eth estra . . . 102
desonide . . . 88
desoximetasone . . . 88
desvenlafaxine succinate er . . . 29
dexamethasone . . . 99
dexamethasone sodium phosphate . . . 120
DEXEDRINE . . . 83
dexmethylphenidate hcl . . . 84
dextroamphetamine sulfate . . . 83
dextroamphetamine sulfate er . . . 83
dextroamphetamine-amphet er . . . 84
dextroamphetamine-amphetamine . . . 84
dextromethorphan hbr-quinidine . . . 85
dextrose 2.5%-0.45% nacl . . . 91
dextrose 5%-0.2% nacl . . . 91
dextrose 5%-0.225% nacl . . . 91
dextrose 5%-0.45% nacl . . . 91
dextrose 5%-0.9% nacl . . . 91
dextrose in water . . . 93
DIACOMIT . . . 23
diazepam . . . 24,62
diazoxide . . . 66
diclofenac potassium . . . 11
diclofenac sodium . . . 11,90,120
diclofenac sodium er . . . 11
diclofenac sodium-misoprostol . . . 12
dicloxacillin sodium . . . 20
dicyclomine hcl . . . 94
DIFICID . . . 21
DIFLUCAN . . . 34
difluprednate . . . 121
digoxin . . . 78
dihydroergotamine mesylate . . . 35
dilantin . . . 26
DILANTIN-125 . . . 26
dilt-xr . . . 77
diltiazem 12hr er . . . 77
diltiazem 24hr er . . . 77
diltiazem 24hr er (cd) . . . 77
diltiazem 24hr er (la) . . . 77
diltiazem 24hr er (xr) . . . 77
diltiazem hcl . . . 77
dimethyl fumarate . . . 86
DIOVAN . . . 74
DIOVAN HCT . . . 78
DIPENTUM . . . 117
diphenoxylate-atropine . . . 94
DIPROLENE . . . 88
dipyridamole . . . 72
disulfiram . . . 15
divalproex sodium . . . 23
divalproex sodium er . . . 23
DIVIGEL . . . 101
dofetilide . . . 75
dolishale . . . 102
donepezil hcl . . . 27
donepezil hcl odt . . . 27
dorzolamide hcl . . . 122
dorzolamide-timolol . . . 119
dotti . . . 101
DOVATO . . . 55
doxazosin mesylate . . . 73
doxepin hcl . . . 32,88,127
doxy 100 . . . 22
doxycycline hyclate . . . 22
doxycycline ir-dr . . . 87
doxycycline monohydrate . . . 22
DRIZALMA SPRINKLE . . . 29
dronabinol . . . 33
droplet insulin syringe . . . 67
droplet micron pen needle . . . 67
droplet pen needle . . . 67
dropsafe pen needle . . . 67
drospirenone-eth estra-levomef . . . 102
drospirenone-ethinyl estradiol . . . 102
droxidopa . . . 73
DUAVEE . . . 108

DULERA....127
duloxetine hcl....29,30
DUPIXENT PEN....111
DUPIXENT SYRINGE....111
DUREZOL....121
dutasteride....98
dutasteride-tamsulosin....98

E

E.E.S. 200....21
easy comfort insulin syringe....67
easy comfort pen needle....67
easy touch insulin syringe....67
ec-naproxen....12
econazole nitrate....34
EDARBI....74
EDARBYCLOR....78
EDURANT....56
EDURANT PED....56
efavirenz....56
efavirenz-emtric-tenofov disop....56
efavirenz-lamivu-tenofov disop....56
EFFEXOR XR....30
ELELYSO....97
ELIDEL....88
ELIGARD....108,109
elinest....103
ELIQUIS....70
ELIQUIS SPRINKLE....70
eltrombopag olamine....72
eluryng....103
EMEND....33
EMGALITY PEN....35
EMGALITY SYRINGE....35
EMSAM....29
emtricitabine....57
emtricitabine-rilpivirne-tenof....57
emtricitabine-tenofovir disop....57
EMTRIVA....57
emzahh....107
enalapril maleate....74
enalapril-hydrochlorothiazide....78
ENBREL....113
ENBREL MINI....113
ENBREL SURECLICK....113
ENDARI....97
ENDOCET....14
ENGERIX-B ADULT....115
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT....115
enilloring....103
enoxaparin sodium....70
enpresse....103
ENSACOVE....41
enskyce....103
entacapone....49
entecavir....60
ENTRESTO....78
ENTRESTO SPRINKLE....78
ENTYVIO PEN....111
enulose....93
ENVARSUS XR....113
EPIDIOLEX....23
epinastine hcl....120
epinephrine....124
epitol....26
EPIVIR....57
eplerenone....82
EPRONTIA....23
ergotamine-caffeine....35
ERIVEDGE....41
ERLEADA....37
erlotinib hcl....41
errin....107
ertapenem....21
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE)....115
ery....21
ERY-TAB....21
ERYPED 200....21
ERYPED 400....21
ERYTHROCIN LACTOBIONATE....21
erythromycin....21,120

erythromycin ethylsuccinate . . . 21
erythromycin lactobionate . . . 21
erythromycin-benzoyl peroxide . . . 87
ESBRIET . . . 126
escitalopram oxalate . . . 30
ESGIC . . . 11
eslicarbazepine acetate . . . 26
esomeprazole magnesium . . . 96
estarylla . . . 103
ESTRACE . . . 101
estradiol . . . 101
estradiol (once weekly) . . . 101
estradiol (twice weekly) . . . 101
estradiol valerate . . . 101
estradiol-norethindrone acetat . . . 103
ESTRING . . . 101
eszopiclone . . . 127
ETCAMAH . . . 38
ethambutol hcl . . . 36
ethosuximide . . . 24
ethynodiol-ethinyl estradiol . . . 103
etodolac . . . 12
etodolac er . . . 12
etonogestrel-ethinyl estradiol . . . 103
etravirine . . . 56
EUCRISA . . . 88
EULEXIN . . . 37
everolimus . . . 41,113
EVISTA . . . 108
EVOTAZ . . . 58
EXELON . . . 27
exemestane . . . 39
EXFORGE . . . 79
EXFORGE HCT . . . 79
EXJADE . . . 92
EXXUA . . . 28
EYSUVIS . . . 121
ezetimibe . . . 82
ezetimibe-simvastatin . . . 82

F

falmina . . . 103
famciclovir . . . 60
famotidine . . . 95
FANAPT . . . 51
FARESTON . . . 38
FARXIGA . . . 63
FASENRA . . . 127
FASENRA PEN . . . 127
febuxostat . . . 35
feirza . . . 103
felbamate . . . 23
felodipine er . . . 76
FEMARA . . . 39
fenofibrate . . . 80
fenofibric acid . . . 80
fentanyl . . . 13
fentanyl citrate . . . 14
fesoterodine fumarate er . . . 98
FETZIMA . . . 30
FIASP . . . 67
FIASP FLEXTOUCH . . . 67
FIASP PENFILL . . . 67
FIASP PUMPCART . . . 67
fidaxomicin . . . 21
FINACEA . . . 87
finasteride . . . 98
fingolimod . . . 86
FINTEPLA . . . 23
FIRAZYR . . . 110
FIRMAGON . . . 109
flac otic oil . . . 122
flecainide acetate . . . 75
fluconazole . . . 34
fluconazole-nacl . . . 34
flucytosine . . . 34
fludrocortisone acetate . . . 99
flunisolide . . . 123
fluocinolone acetonide . . . 88
fluocinolone acetonide oil . . . 122

fluocinonide....89
fluocinonide-e....89
fluorometholone....121
fluorouracil....90
fluoxetine dr....30
fluoxetine hcl....30
fluphenazine decanoate....50
fluphenazine hcl....50
flurbiprofen....12
flurbiprofen sodium....121
fluticasone propionate....89,123
fluticasone propionate hfa....123
fluticasone-salmeterol....127
fluvastatin er....81
fluvastatin sodium....81
fluvoxamine maleate....30
FML....121
FOCALIN....84
fondaparinux sodium....70
FORTEO....118
FOSAMAX....118
fosamprenavir calcium....58
fosfomycin tromethamine....18
fosinopril sodium....74
fosinopril-hydrochlorothiazide....79
FOTIVDA....41
FRUZAQLA....42
FULPHILA....72
furosemide....80
FUZEON....58
fyavolv....103
FYCOMPA....23

G

gabapentin....25
galantamine er....27
galantamine hbr....27
galantamine hydrobromide....27
galbriela....103
gallifrey....107
GAMMAGARD LIQUID....110
GAMMAGARD LIQUID ERC....110
GAMMAGARD S-D....110
GAMMAPLEX....110
GAMUNEX-C....110
GARDASIL 9....115
gatifloxacin....120
gauze pad....63
GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2 X 2....63
gavilyte-c....94
gavilyte-g....94
gavilyte-n....94
GAVRETO....42
gefitinib....42
gemfibrozil....80
gemmily....103
GEMTESA....98
generlac....93
gengraf....113
gentamicin sulfate....17,91,120
gentamicin sulfate in ns....17
GENVOYA....56
GEODON....51
GILENYA....86
GILOTRIF....42
glatiramer acetate....86
glatopa....86
GLEEVEC....42
GLEOSTINE....37
glimepiride....63
glipizide....63
glipizide er....63
glipizide xl....63,64
glipizide-metformin....64
glucagon emergency kit....66
glucose 5%-0.9% nacl....91
glucose in water....93
GLUCOTROL XL....64
glyburide....64
glyburide micronized....64
glyburide-metformin hcl....64

glycopyrrolate....94
GLYXAMBI....64
GOLYTELY....94
GOMEKLI....42
granisetron hcl....33
GRANIX....72
griseofulvin....34
griseofulvin ultramicrosize....34
guanfacine hcl....73
guanfacine hcl er....84
GVOKE....66
GVOKE HYPOPEN 1-PACK....66
GVOKE HYPOPEN 2-PACK....66
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE....66
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE....66

H

HADLIMA....113
HADLIMA PUSHTOUCH....113
HADLIMA(CF)....113
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH....114
HAEGARDA....110
hailey....103
hailey 24 fe....103
hailey fe....103
HALDOL DECANOATE 100....50
halobetasol propionate....89
haloette....103
haloperidol....50
haloperidol decanoate....50
haloperidol decanoate 100....50
haloperidol lactate....50
HAVRIX....115
heather....107
HEMADY....99
heparin sodium....71
HEPLISAV-B....115
HERNEXEOS....42
HETLIOZ....127
HIBERIX....115
hidex....99
HUMALOG....67
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN....67
HUMALOG KWIKPEN U-100....67
HUMALOG KWIKPEN U-200....67
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN....67
HUMALOG MIX 75-25....68
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN....68
HUMALOG TEMPO PEN U-100....68
HUMATIN....17
HUMULIN 70-30....68
HUMULIN 70/30 KWIKPEN....68
HUMULIN N....68
HUMULIN N KWIKPEN....68
HUMULIN R....68
HUMULIN R U-500....68
HUMULIN R U-500 KWIKPEN....68
hydralazine hcl....83
HYDREA....38
hydrochlorothiazide....80
hydrocodone bitartrate er....13
hydrocodone-acetaminophen....14
hydrocodone-ibuprofen....14
hydrocortisone....89,99,117
hydrocortisone butyrate....89
hydrocortisone valerate....89
hydrocortisone-acetic acid....122
hydromorphone hcl....14
hydroxychloroquine sulfate....48
hydroxyurea....38
hydroxyzine hcl....62
hydroxyzine pamoate....62
HYRNUO....42
HYZAAR....79

I

ibandronate sodium....118
IBRANCE....42
IBTROZI....42
ibu....12
ibuprofen....12
icatibant....110

iclevia 103
ICLUSIG 42
icosapent ethyl 82
IDHIFA 42
IDVYNSO 58
ILEVRO 121
imatinib mesylate 42
IMBRUVICA 42
imipenem-cilastatin sodium 21
imipramine hcl 32
imiquimod 90
IMITREX 35
IMKELDI 42
IMOVAX RABIES VACCINE 115
IMPAVIDO 18
IMURAN 114
INBRIJA 49
incassia 107
INCRELEX 100
INCRUSE ELLIPTA 123
indapamide 80
INDERAL LA 76
INDERAL XL 76
indomethacin 12
indomethacin er 12
INFANRIX DTAP 115
INGREZZA 85
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 85
INGREZZA SPRINKLE 85
INLURIYO 38
INLYTA 42
INNOPRAN XL 76
INQOVI 38
INREBIC 42
INSPRA 82
INSULIN ASPART 68
INSULIN ASPART FLEXPEN 68
INSULIN ASPART PENFILL 68
INSULIN PEN NEEDLE 68
insulin syringe 68
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML 68
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML 68
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML 68
insupen pen needle 68
INTELENCE 56
INTRALIPID 93
introvale 103
INVEGA 51
INVEGA HAFYERA 51
INVEGA SUSTENNA 52
INVEGA TRINZA 52
INVELTYS 121
IPOL 115
ipratropium bromide 124
ipratropium-albuterol 127
irbesartan 74
irbesartan-hydrochlorothiazide 79
IRESSA 42
ISENTRESS 56
ISENTRESS HD 56
isibloom 103
isoniazid 36
ISOPROPYL ALCOHOL 0.7 ML/ML MEDICATED PAD 64
ISORDIL TITRADOSE 83
isosorbide dinitrate 83
isosorbide mononitrate 83
isosorbide mononitrate er 83
isotretinoin 87
isradipine 76
ISTALOL 121
ITOVEBI 42
itraconazole 34
ivabradine hcl 79
ivermectin 48,90
IWILFIN 38
IXIARO 115

J

JADENU 92
JADENU SPRINKLE 93
jaimiess 103

JAKAFI....43
jantoven....71
JANUMET....64
JANUMET XR....64
JANUVIA....64
JARDIANCE....64
jasmiel....103
JAYPIRCA....43
jencycla....107
JENTADUETO....64
JENTADUETO XR....64
JIDEYTRO....43
jinteli....103
jolessa....103
JOURNAVX....11
JUBBONTI....118
juleber....103
JULUCA....56
junel....103
junel fe....103
junel fe 24....103
JUXTAPID....82
JYNARQUE....93
JYNNEOS....115
JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE)....115

K

kaitlib fe....104
KALETRA....58,59
kalliga....104
KALYDECO....125
kariva....104
kcl-d5w-0.2% nacl....91
kcl-d5w-0.225% nacl....91
kcl-d5w-0.45% nacl....91
kelnor 1-35....104
kelnor 1-50....104
KEPPRA....23
KERENDIA....82
KESIMPTA PEN....86
ketoconazole....34
ketorolac tromethamine....12,121
KINRIX....115
kionex....93
KISQALI....43
KISQALI FEMARA CO-PACK....38,39
KLARON....87
klayesta....34
klor-con 10....91
KLOR-CON 8....91
klor-con m10....91
KLOR-CON M15....91
klor-con m20....91
KLOXXADO....16
KOMZIFTI....43
KORLYM....109
KOSELUGO....43
kourzeq....86
KRAZATI....43
kurvelo....104
KUVAN....97

L

l-glutamine....97
labetalol hcl....76
lacosamide....27
lactulose....94
LAMICTAL....23
LAMICTAL (BLUE)....23
lamivudine....57,60
lamivudine hbv....60
lamivudine-zidovudine....57
lamotrigine....23
lamotrigine (blue)....24
lamotrigine er....24
LAMPIT....48
LANOXIN....79
lansoprazole....96
LANTUS....68
LANTUS SOLOSTAR....68
lapatinib....43
larin....104

larin 24 fe . . . 104
larin fe . . . 104
LASIX . . . 80
latanoprost . . . 122
LATUDA . . . 52
LAYOLIS FE . . . 104
LAZCLUZE . . . 43
leena . . . 104
leflunomide . . . 114
lenalidomide . . . 37
LENVIMA . . . 43
lessina . . . 104
LETAIRIS . . . 126
letrozole . . . 39
leucovorin calcium . . . 39
LEUKERAN . . . 37
LEUKINE . . . 72
leuprolide acetate . . . 109
leuprolide depot . . . 109
levalbuterol tartrate hfa . . . 124
levetiracetam . . . 24
levetiracetam er . . . 24
LEVO-T . . . 108
levobunolol hcl . . . 121
levocarnitine . . . 97
levocetirizine dihydrochloride . . . 123
levofloxacin . . . 22
levofloxacin-d5w . . . 22
levonest . . . 104
levonorg-eth estrad eth estrad . . . 104
levonorgestrel-eth estradiol . . . 104
levora-28 . . . 104
levorphanol tartrate . . . 13
levothyroxine sodium . . . 108
LEVOXYL . . . 108
LEXAPRO . . . 30
LIALDA . . . 117
lidocaine . . . 15
lidocaine hcl . . . 15
lidocaine hcl laryngotracheal 4% solution . . . 15
lidocaine hcl viscous . . . 15
lidocaine-prilocaine . . . 15
lidocan iii . . . 15
lidocan iv . . . 15
lidocan v . . . 15
LIFYORLI . . . 109
LILETTA . . . 99
linezolid . . . 18
linezolid-0.9% nacl . . . 18
linezolid-d5w . . . 18
LINZESS . . . 94
liomny . . . 108
liothyronine sodium . . . 108
LIPITOR . . . 81
lisdexamfetamine dimesylate . . . 84
lisinopril . . . 74
lisinopril-hydrochlorothiazide . . . 79
lithium carbonate . . . 62
lithium carbonate er . . . 62
lithium citrate . . . 62
LITHOBID . . . 62
LIVTENCITY . . . 59
lo-zumandimine . . . 104
LOESTRIN . . . 104
LOESTRIN FE . . . 104
lojaimiess . . . 104
LOKELMA . . . 93
lomustine . . . 37
LONSURF . . . 39
loperamide . . . 94
LOPID . . . 81
lopinavir-ritonavir . . . 59
LOPRESSOR . . . 76
lorazepam . . . 62
lorazepam intensol . . . 62
LORBRENA . . . 43
loryna . . . 104
losartan potassium . . . 74
losartan-hydrochlorothiazide . . . 79
LOTENSIN . . . 74
LOTRONEX . . . 94
lovastatin . . . 81

LOVENOX 71
low-ogestrel 104
loxapine 50
lubiprostone 94
luizza 104
LUMAKRAS 43
LUMIGAN 122
LUMRYZ 128
LUMRYZ STARTER PACK 128
LUPRON DEPOT 109
LUPRON DEPOT (LUPANETA) 109
LUPRON DEPOT-PED 109
lurasidone hcl 52
lurbipr 12
lutera 104
LYBALVI 52
lyleq 107
lyllana 101
LYNPARZA 43
LYRICA 25
LYSODREN 39
LYTGOBI 44
LYUMJEV 68
LYUMJEV KWIKPEN U-100 68
LYUMJEV KWIKPEN U-200 68
LYUMJEV TEMPO PEN U-100 68
lyza 107

M

M-M-R II VACCINE 115
magnesium sulfate 91
MALARONE 48
malathion 90
maraviroc 58
marlissa 104
MARPLAN 29
MATULANE 37
matzim la 77
MAVYRET 60
MAXALT 35
MAXALT MLT 35
MAXITROL 119
meclizine hcl 32
MEDROL 99
medroxyprogesterone acetate 107
mefloquine hcl 48
megestrol acetate 107
MEKINIST 44
MEKTOVI 44
meleya 107
meloxicam 12
memantine hcl 28
memantine hcl er 28
MENEST 101
MENQUADFI 115
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP 115
mercaptopurine 38
meropenem 21
meropenem-0.9% nacl 21
merzee 104
mesalamine 117
mesalamine dr 117
mesalamine er 117
mesna 47
MESNEX 47
MESTINON 36
metformin hcl 64,65
metformin hcl er 65
methadone hcl 13
methazolamide 79
methenamine hippurate 18
methimazole 110
methocarbamol 127
methotrexate 114
methotrexate sodium 114
methoxsalen 90
methscopolamine bromide 94
methsuximide 24
methylphenidate er 84
methylphenidate hcl 84,85
methylprednisolone 99
methyltestosterone 100

metoclopramide hcl....95
metolazone....80
metoprolol succinate....76
metoprolol tartrate....76
metoprolol-hydrochlorothiazide....79
METRO IV....18
METROCREAM....91
METROGEL....91
metronidazole....18,91
metyrosine....79
mexiletine hcl....75
micafungin....34
MICARDIS HCT....79
microgestin....104
microgestin fe....104
midodrine hcl....73
MIEBO....119
mifepristone....109
miglustat....97
mili....105
MIMRYLO....39
mimvey....105
minocycline hcl....22
minoxidil....83
mirtazapine....28
misoprostol....95
modafinil....128
MODEYSO....44
moexipril hcl....74
molindone hcl....50
mometasone furoate....89,123
mondoxyne nl....22
mono-linyah....105
montelukast sodium....123
morphine sulfate....14
morphine sulfate er....13
MOUNJARO....65
MOVANTIK....94
MOVIPREP....95
moxifloxacin....22,120
moxifloxacin hcl....22
MRESVIA....115
MULTAQ....75
mupirocin....91
mycophenolate mofetil....114
mycophenolic acid....114
MYFORTIC....114
MYHIBBIN....114
MYRBETRIQ....98
MYSOLINE....25

N

nabumetone....12
nadolol....76
nafcillin....20
nafcillin sodium....20
naloxone hcl....16
naltrexone hcl....16
nano 2nd gen pen needle....68
nano pen needle....68
naproxen....12,13
naproxen sodium....13
naratriptan hcl....35
NARCAN....16
NARDIL....29
NATACYN....120
nateglinide....65
NAYZILAM....25
nebivolol hcl....76
NEBUPENT....48
necon....105
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY....68
nefazodone hcl....30
neo-polycin....120
neo-polycin hc....119
neomycin sulfate....17
neomycin-bacitracin-poly-hc....119
neomycin-bacitracin-polymyxin....120
neomycin-polymyxin-dexameth....119
neomycin-polymyxin-gramicidin....120
neomycin-polymyxin-hc....122
neomycin-polymyxin-hydrocort....122

NEORAL....114
NERLYNX....44
neuac....87
NEUPRO....49
NEURONTIN....25
nevirapine....56
nevirapine er....56
NEXAVAR....44
NEXIUM....96
NEXLETOL....82
NEXLIZET....82
NEXPLANON....99
niacin er....82
nicardipine hcl....76
NICOTROL....16
NICOTROL NS....16
nifedipine....76
nifedipine er....76
nikki....105
NILANDRON....37
nilotinib hcl....44
nilutamide....37
nimodipine....76
NINLARO....44
nintedanib esylate....126
nisoldipine....76
nitazoxanide....48
nitisinone....97
NITRO-BID....83
nitrofurantoin....18
nitrofurantoin mono-macro....18
nitroglycerin....83
nitroglycerin patch....83
NITROLINGUAL....83
NITROSTAT....83
NIVESTYM....72
nizatidine....95
nora-be....107
norelgestromin-eth estradiol....105
norethin-eth estra-ferrous fum....105
norethindron-ethinyl estradiol....105
norethindrone....107
norethindrone ac (lupaneta)....107
norethindrone acetate....108
norethindrone-e.estradiol-iron....105
norgestimate-ethinyl estradiol....105
NORPRAMIN....32
NORTHERA....73
nortrel....105
nortriptyline hcl....32
NORVASC....77
NORVIR....59
NOVOLIN 70-30....69
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN....69
NOVOLIN N....69
NOVOLIN N FLEXPEN....69
NOVOLIN R....69
NOVOLIN R FLEXPEN....69
NOVOLOG....69
NOVOLOG FLEXPEN....69
NOVOLOG MIX 70-30....69
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN....69
NOVOLOG PENFILL....69
NOXAFIL....34
NUBEQA....37
NUEDEXTA....85
NUPLAZID....52
NURTEC ODT....35
NUTRILIPID....93
NUVARING....105
NUVIGIL....128
nyamyc....34
nylia....105
nystatin....34
nystatin-triamcinolone....90
nystop....34

O

ocella....105
octreotide acetate....109
octreotide acetate er....109
OCUFLOX....120

ODEFSEY 57
ODOMZO 44
OFEV 126
ofloxacin 22,120,122
OGSIVEO 44
OJEMDA 44
OJJAARA 44
olanzapine 52
olanzapine odt 52
olmesartan medoxomil 74
olmesartan-amlodipine-hctz 79
olmesartan-hydrochlorothiazide 79
olopatadine hcl 123
omega-3 acid ethyl esters 82
omeprazole 96
omnipod 5 (libre 2/3 plus) 69
omnipod 5 dexg7g6 intro(gen 5) 69
omnipod 5 dexg7g6 pods (gen 5) 69
omnipod 5 intro (libre2/3plus) 69
omnipod classic pods (gen 3) 69
omnipod dash intro kit (gen 4) 69
omnipod dash pdm kit (gen 4) 69
omnipod dash pods (gen 4) 69
omnipod go pods 69
OMNITROPE 100
ondansetron hcl 33
ondansetron odt 33
ONFI 25
ONUREG 39
OPIPZA 52
OPVEE 16
ORACEA 87
oralone 86
ORENCIA 111
ORENCIA CLICKJECT 111
ORENITRAM ER 126
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT 126
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT 126
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT 126
ORFADIN 97
ORGOVYX 39
ORKAMBI 125
orquidea 108
ORSERDU 38
oseltamivir phosphate 60
OSENVELT 118
OTEZLA 90
OTEZLA XR 90
OVIDE 90
oxaprozin 13
oxazepam 62
oxcarbazepine 27
oxybutynin chloride 98
oxybutynin chloride er 98
oxycodone hcl 14,15
oxycodone-acetaminophen 15
OZEMPIC 65

P

pacerone 75
paliperidone er 52
PALYNZIQ 97
PANRETIN 47
pantoprazole sodium 96
paricalcitol 118
PARNATE 29
paroxetine cr 30
paroxetine er 30,31
paroxetine hcl 31
PAXIL 31
PAXLOVID 61
PAXLOVID (EUA) 61
pazopanib hcl 44
PEDIARIX 115
PEDVAXHIB 116
peg 3350-electrolyte 95
peg-3350 and electrolytes 95
peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c 95

PEGASYS 113
PEMAZYRE 44
pen needle 69
PENBRAYA 116
penicillamine 99
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 116
PENTACEL 116
PENTAM 300 48
pentamidine isethionate 48
PENTASA 117
pentoxifylline 79
perampanel 24
perindopril erbumine 74
periogard 86
permethrin 90
perphenazine 32
PERSERIS 53
pfizerpen 20
phenelzine sulfate 29
phenobarbital 25
phenoxybenzamine hcl 73
PHENYTEK 27
phenytoin 27
phenytoin sodium extended 27
philith 105
PIFELTRO 56
pilocarpine hcl 86,122
pimecrolimus 89
pimozide 50
pimtrea 105
pindolol 76
pioglitazone hcl 65
pioglitazone-glimepiride 65
pioglitazone-metformin 65
piperacillin-tazobactam 20
PIQRAY 44
pirfenidone 126
piroxicam 13
PLAQUENIL 48
PLAVIX 73
PLEGRIDY 86
PLEGRIDY PEN 86
podofilox 90
polycin 120
polymyxin b sul-trimethoprim 120
pomalidomide 37
POMALYST 38
portia 105
posaconazole 34
potassium chloride 92
potassium chloride in d5lr 92
potassium chloride proamp 92
potassium chloride-0.45% nacl 92
potassium chloride-dextrose 5% 92
potassium citrate er 92
pramipexole dihydrochloride 49
prasugrel hcl 73
pravastatin sodium 81
praziquantel 48
prazosin hcl 73
PRED FORTE 121
PRED MILD 121
prednisolone 99
prednisolone acetate 121
prednisolone sodium phosphate 99,121
prednisone 100
pregabalin 25,26
PREGNYL 100
PREMARIN 101
PREMPHASE 105
PREMPRO 105
PRETOMANID 36
PREVACID 96
prevalite 82
PREVYMIS 59
PREZCOBIX 59
PREZISTA 59
PRIFTIN 36

primaquine 48
primidone 26
PRIORIX 116
PRISTIQ 31
PROAIR RESPICLICK 124
probenecid 35
probenecid-colchicine 35
PROCARDIA XL 77
prochlorperazine 32
prochlorperazine maleate 32
PROCRIT 72
procto-med hc 118
proctosol-hc 118
proctozone-hc 118
progesterone 108
PROGLYCEM 67
PROGRAF 114
PROLASTIN C 97
PROLENSA 121
PROLIA 118
PROMACTA 72
promethazine hcl 33
promethegan 33
propafenone hcl 75
propafenone hcl er 75
propranolol hcl 76
propranolol hcl er 76
propylthiouracil 110
PROQUAD 116
PROSCAR 98
PROTONIX 96
protriptyline hcl 32
PROVERA 108
PROZAC 31
PRUDOXIN 89
PULMOZYME 125
PURIXAN 38
PYLERA 95
pyrazinamide 36
pyridostigmine bromide 36
pyridostigmine bromide er 36
pyrimethamine 48
PYRUKYND 97
PYZCHIVA 111

Q

QINLOCK 44
QUADRACEL DTAP-IPV 116
quetiapine fumarate 53
quetiapine fumarate er 53
quinapril hcl 75
quinapril-hydrochlorothiazide 79
quinidine gluconate 75
quinidine sulfate 75
quinine sulfate 48
QVAR REDIHALER 123

R

RABAVERT 116
rabeprazole sodium 96
RALDESY 31
raloxifene hcl 108
ramelteon 127
ramipril 75
ranolazine er 79
RAPAFLO 98
rasagiline mesylate 49
RASONQUE 45
reclipsen 105
RECOMBIVAX HB 116
RECTIV 83
REGLAN 95
RELENZA 60
RELISTOR 94
REMERON 28
repaglinide 65
REPATHA SURECLICK 82
REPATHA SYRINGE 82
RESTASIS 119
RETACRIT 72
RETEVMO 45
RETIN-A 87

RETROVIR....57
REVCOVI....97
REVUFORJ....45
REXTOVY....16
REXULTI....53
REYATAZ....59
REZDIFFRA....97
REZLIDHIA....45
RHOPRESSA....122
ribavirin....60
RIDAURA....111
rifabutin....36
rifampin....36
rifapentine....36
rilpivirine....56
rilpivirine hcl....56
riluzole....85
RINVOQ....111
RINVOQ LQ....111
risedronate sodium....118
risedronate sodium dr....118
RISPERDAL....53
RISPERDAL CONSTA....53
risperidone....53
risperidone er....53
risperidone odt....53
RITALIN....85
ritonavir....59
rivaroxaban....71
rivastigmine....28
rizatriptan....35
ROCALTROL....118
ROCKLATAN....122
roflumilast....125
ROMVIMZA....45
ropinirole er....49
ropinirole hcl....49
rosuvastatin calcium....81
ROTARIX....116
ROTATEQ....116
ROWASA....117
roweepra....24
ROXICODONE....15
ROZEREM....128
ROZLYTREK....45
RUBRACA....45
rufinamide....27
RUKOBIA....58
RYBELSUS....65
RYDAPT....45
RYTARY....49

S

SABRIL....26
sacubitril-valsartan....79
sajazir....110
SALAGEN....86
SAMSCA....93
SANDIMMUNE....114
SANDOSTATIN LAR DEPOT....109
SANTYL....90
SAPHRIS....53
sapropterin dihydrochloride....97
saxagliptin hcl....65
saxagliptin-metformin er....65
SCEMBLIX....45
scopolamine....33
SECUADO....53
selegiline hcl....49
selenium sulfide....89
SELZENTRY....58
SENSIPAR....118
SEREVENT DISKUS....124
SEROQUEL....53
SEROQUEL XR....54
sertraline hcl....31
setlakin....105
SFROWASA....117
sharobel....108
SHINGRIX....116
SIGNIFOR....109
SIGNIFOR LAR....109

sildenafil citrate....126
SILENOR....128
silodosin....98
SILVADENE....90
silver sulfadiazine....90
SIMBRINZA....122
SIMLANDI(CF)....114
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR....114
simliya....105
simpesse....105
simvastatin....81
SINEMET....49
SINEMET 10-100....49
SINEMET 25-100....49
SINGULAIR....123
sirolimus....114
SIRTURO....36
sitagliptin phos-metformin....65
sitagliptin phos-metformin er....65
sitagliptin phosphate....65
SIVEXTRO....18
SKYLA....99
SKYRIZI....111,112
SKYRIZI ON-BODY....112
SKYRIZI PEN....112
sod sulf-potass sulf-mag sulf....95
sodium chloride....92
sodium chloride-water....92
sodium oxybate....128
sodium phenylbutyrate....97
sodium polystyrene sulfonate....93
solifenacin succinate....98
SOLIQUA 100-33....66
SOLTAMOX....38
SOMATULINE DEPOT....109
SOMAVERT....109
SOOLANTRA....90
sorafenib....45
sotalol....75
sotalol af....75
SPIRIVA HANDIHALER....124
SPIRIVA RESPIMAT....124
spironolactone....82
spironolactone-hctz....79
SPORANOX....34
sprintec....105
SPRITAM....24
SPRYCEL....45
SPS....93
sronyx....105
SSD....90
STAMARIL....116
STELARA....112
STEQEYMA....112
sterile pads....66
STIOLTO RESPIMAT....127
STIVARGA....45
STOBOCLO....118
STRATTERA....85
STRENSIQ....97
streptomycin sulfate....17
STRIBILD....56
STROMECTOL....48
SUBOXONE....16
SUBVENITE....24
subvenite (blue)....24
sucralfate....95
SULAR....77
sulfacetamide sodium....87,120
sulfacetamide-prednisolone....119
sulfadiazine....22
sulfamethoxazole-trimethoprim....22
sulfasalazine....117
sulfasalazine dr....117
sulindac....13
sumatriptan....35
sumatriptan succinate....36
sunitinib malate....45
SUNLENCA....58
SUPREP....95
SUTAB....95
SUTENT....45,46

syeda....105
SYMFI....56
SYMLINPEN 120....66
SYMLINPEN 60....66
SYMPAZAN....26
SYMTUZA....59
SYNAREL....109
SYNJARDY....66
SYNJARDY XR....66
SYNTHROID....108
SYPRINE....93

T

TABLOID....38
TABRECTA....46
tacrolimus....89,114
tacrolimus xl....114
tadalafil....99,126
TAFINLAR....46
TAGRISSO....46
TALZENNA....46
TAMIFLU....60
tamoxifen citrate....38
tamsulosin hcl....99
taperdex....100
TARGRETIN....47
tarina 24 fe....106
tarina fe....106
tarina fe 1-20 eq....106
TASIGNA....46
tasimelteon....128
TASMAR....49
taysofy....106
tazarotene....87
tazicef....19
TAZORAC....87
taztia xt....77
TAZVERIK....46
TECFIDERA....86
TEFLARO....19
TEGRETOL....27
TEGRETOL XR....27
TEKTURNA....79
telmisartan....74
telmisartan-amlodipine....79
telmisartan-hydrochlorothiazid....79
temazepam....128
tencon....11
TENIVAC....116
tenofovir disoproxil fumarate....57
TENORETIC 100....80
TENORETIC 50....80
TENORMIN....76
TEPMETKO....46
terazosin hcl....73
terbinafine hcl....34
terbutaline sulfate....124
terconazole....34
teriparatide....118
testosterone....100
testosterone cypionate....100
testosterone enanthate....101
tetrabenazine....85
tetracycline hcl....22
THALOMID....38
THEO-24....125
theophylline anhydrous....125
theophylline er....125
thioridazine hcl....50
thiothixene....50
THYMOGLOBULIN....110
tiadylt er....77
tiagabine hcl....26
TIAZAC....77
TIBSOVO....46
ticagrelor....73
TICOVAC....116
tigecycline....18
TIKOSYN....75
tilia fe....106
timolol maleate....76,121
TIMOPTIC OCUDOSE....121

tinidazole....18
tiotropium bromide....124
TIROSINT....108
TIROSINT-SOL....108
TIVICAY....56
TIVICAY PD....56
tizanidine hcl....55
TOBRADEX....119
tobramycin....120,125
tobramycin sulfate....17
tobramycin-dexamethasone....119
tolcapone....49
tolterodine tartrate....98
tolterodine tartrate er....98
tolvaptan....93
topiramate....24
TOPROL XL....76
toremifene citrate....38
torpenz....46
torsemide....80
TOUJEO MAX SOLOSTAR....69
TOUJEO SOLOSTAR....69
TOVIAZ....98
TRACLEER....126
TRADJENTA....66
tramadol hcl....15
tramadol hcl er....13
tramadol hcl-acetaminophen....15
trandolapril....75
trandolapril-verapamil er....80
tranexamic acid....72
tranylcypromine sulfate....29
TRAVASOL....93
TRAVATAN Z....122
travoprost....122
trazodone hcl....31
TRELEGY ELLIPTA....127
TRELSTAR....109
TREMFYA....112
TREMFYA ONE-PRESS....112
TREMFYA PEN....112
TREMFYA PEN INDUCTION (2 PEN)....112
tretinoin....47,87
tri-estarylla....106
tri-legest fe....106
tri-linyah....106
tri-lo-estarylla....106
tri-lo-marzia....106
tri-lo-mili....106
tri-lo-sprintec....106
tri-mili....106
tri-nymyo....106
tri-sprintec....106
tri-vylibra....106
tri-vylibra lo....106
triamcinolone acetonide....86,89
triamterene-hydrochlorothiazid....80
TRIBENZOR....80
triderm....89
trientine hcl....93
trifluoperazine hcl....50
trifluridine....120
trihexyphenidyl hcl....49
TRIKAFTA....125
triklo....82
TRILEPTAL....27
trilitas....87
trimethoprim....18
trimipramine maleate....32
TRINTELLIX....31
TRIUMEQ....57
TRIUMEQ PD....57
trivora-28....106
TROPHAMINE....93
trospium chloride....98
trospium chloride er....98
true comfort safety pen needle....69
TRULICITY....66
TRUMENBA....116
TRUQAP....46
TRUVADA....57
TUKYSA....46

TURALIO....46
turqoz....106
TWINRIX....116
TYBOST....58
tydemy....106
TYENNE....112
TYENNE AUTOINJECTOR....112
TYGACIL....18
TYKERB....46
TYMLOS....119
TYPHIM VI....116

U

UDENYCA....72
UDENYCA AUTOINJECTOR....72
UDENYCA ONBODY....72
ultra-fine insulin syringe....69
ultra-fine pen needle....69
unifine otc pen needle....69
unifine pentips....69
unifine pentips plus....70
unifine ultra pen needle....70
UNITHROID....108
ursodiol....95
USTEKINUMAB....112
USTEKINUMAB-AEKN....112,113
UZEDY....54

V

VAGIFEM....101
valacyclovir....61
VALCHLOR....37
VALCYTE....59
valganciclovir hcl....59
valproic acid....24
valsartan....74
valsartan-hydrochlorothiazide....80
VALTOCO....26
VALTREX....61
valtya....106
vancomycin hcl....18
VANFLYTA....46
VAQTA....116
varenicline tartrate....16
VARIVAX VACCINE....116
VASCEPA....82
VASERETIC....80
VASOTEC....75
VAXCHORA VACCINE....116
velivet....106
VENCLEXTA....46
VENCLEXTA STARTING PACK....46
venlafaxine besylate er....31
venlafaxine hcl....31
venlafaxine hcl er....31
VENTAVIS....126
VENTOLIN HFA....124
VEOZAH....85
VEPPANU....38
verapamil er....77
verapamil er pm....77
verapamil hcl....77
verapamil sr....77
VERELAN PM....77
VERQUVO....83
VERSACLOZ....55
VERZENIO....46
vestura....106
VFEND IV....34
VIBERZI....94
vienva....106
vigabatrin....26
vigadrone....26
VIGAFYDE....26
VIGAMOX....120
vigpoder....26
VIIBRYD....31
vilazodone hcl....31
VIMKUNYA....116
VIMPAT....27
viorele....106
VIRACEPT....59

VIREAD....57,58
VITRAKVI....46
VIVITROL....16
VIVOTIF....116
VIZIMPRO....46
volnea....106
VONJO....47
VORANIGO....47
voriconazole....34
voriconazole (hpbcd)....34
VOSEVI....60
VOTRIENT....47
VOWST....95
VPRIV....97
VRAYLAR....54
VUMERITY....86
vyfemla....106
vylibra....106
VYTORIN....82
VYVANSE....84

W

warfarin sodium....71
WELIREG....97
WELLBUTRIN SR....28
WELLBUTRIN XL....29
wera....106
WINREVAIR....126
WINREVAIR (2 PACK)....126
wixela inhub....127
wymzya fe....107
WYOST....119

X

XALKORI....47
xarah fe....107
XARELTO....71
XATMEP....114
XCOPRI....27
XDEMVY....119
xelria fe....107
XENAZINE....85
XERMELO....94
XGEVA....119
XHANCE....123
XIFAXAN....95
XIGDUO XR....66
XIIDRA....119
XOFLUZA....60
XOLAIR....113
XOPENEX HFA....124
XOSPATA....47
XPOVIO....39
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY....39
Xpovio 80 mg once weekly 16 pack....39
XTANDI....37
xulane....107
xyvona....13

Y

yargesa....97
YASMIN 28....107
YAZ....107
YF-VAX....116
yulithira....47
yuvafem....101

Z

zafemy....107
zafirlukast....123
zaleplon....128
ZARONTIN....24
ZEJULA....47
ZELBORAF....47
zelvysia....97
zenatane....87
ZENBEXUS....38
ZENPEP....97
zenzedi....84
ZEPATIER....60
ZESTORETIC....80
ZESTRIL....75

ZETIA 82
ZIAGEN 58
zidovudine 58
ZIEXTENZO 72
ziprasidone hcl 54
ziprasidone mesylate 54
ZITHROMAX 21
ZITHROMAX TRI-PAK 21
ZOCOR 81
ZOKINVY 97
ZOLINZA 39
zolmitriptan odt 36
ZOLOFT 31,32
zolpidem tartrate 128
zolpidem tartrate er 128
ZONALON 89
ZONEGRAN 27
ZONISADE 27
zonisamide 27
ZORTRESS 114
ZOSYN 20
zovia 1-35 107
ZOVIRAX 61
ZTALMY 26
ZTLIDO 15
zumandimine 107
ZURZUVAE 29
ZYDELIG 47
ZYKADIA 47
ZYPREXA 54
ZYPREXA ZYDIS 54
ZYVOX 18,19

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
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 711এ 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 01/11`/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.