

Hamaspik Medicare Select (HMO-DSNP)
y
Hamaspik Medicare Choice (HMO-DSNP)

Formulario 2025

(Lista de Medicamentos Cubiertos o “Lista de Medicamentos”)

**LEA CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

Identificación de Envío de Archivo de Formulario Aprobado por HPMS: 25014

Este formulario fue actualizado el 01/10/2024.

Para obtener información más reciente o resolver otras preguntas, comuníquese con nosotros llamando al 888-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711). Estamos disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2024 al 31 de marzo de 2025; y de lunes a viernes desde las 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 abril de 2025 al 30 de septiembre de 2025.

Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice
Formulario Modelo Parte D 2025

Nota:

Este documento está disponible de manera gratuita en español. Esta EOC está disponible en español. Por favor, llame a servicios para miembros.

La información también está disponible en formatos alternativos como imprenta grande y Braille. Llame a Servicios para Miembros a los números mencionados para obtener más información.

Los beneficios, primas, deducibles, y/o copagos/coaseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2026.

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

Nota para miembros existentes:

Este Formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento detenidamente para asegurarse de que siga incluyendo el medicamento que usted consume.

Cuando esta Lista de Medicamentos (Formulario) sugiere los términos “nosotros,” o “nuestro/a,” se refiere a Hamaspik, Inc. Cuando sugiere “plan” o “nuestro plan,” se refiere a Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice.

Este documento incluye la Lista de Medicamentos (formulario) para nuestro plan cuya vigencia comienza a partir de 01/10//2024.

Por lo general, debe utilizar farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacia, y/o copagos/coaseguro podrían cambiar desde el 1 de enero de 2026 y de vez en cuando durante el año.

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

En este documento, utilizamos los términos Lista de Medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de los medicamentos cubiertos que fueron seleccionados por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice, en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representan las terapias por prescripción que se consideran necesarias como parte de un programa de tratamiento de calidad. Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice generalmente cubrirán los medicamentos indicados en nuestro formulario siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, se surta la receta en una farmacia de la red y se sigan las directrices de otros planes. Para obtener más información respecto cómo surtir sus recetas, consulte la Evidencia de Cobertura.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen el 1 de enero, aunque podría añadir o eliminar medicamentos del formulario durante el año, o incluso añadir restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al momento de realizar tales cambios. Se publican actualizaciones al formulario mensualmente en nuestro sitio web: www.hamaspik.com.

Los cambios que pueden afectarlo este año: En la mayoría de los casos, se verá afectado por cambios en la cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos con una determinada versión nueva del mismo medicamento que aparecerá con las mismas o menos restricciones. Cuando añadimos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o producto biológico original en nuestro formulario, e inmediatamente añadir nuevas restricciones.

Podemos realizar estas modificaciones inmediatas sólo si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o incorporamos determinadas versiones bioequivalentes nuevas de un producto biológico original que ya estaba en el formulario (por ejemplo, añadir un bioequivalente intercambiable que pueda sustituirse por un producto biológico original en una farmacia sin una nueva receta).

Si actualmente consume el medicamento de marca o producto biológico original, es posible que no le informemos con anticipación antes de un cambio inmediato, aunque más adelante podríamos entregarle información respecto a los cambios específicos que hayamos realizado.

Si realizamos dichos cambios, usted o su recetador pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación denominada “¿Cómo solicitar una excepción al Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?”

Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice Formulario Modelo Parte D 2025

Algunos de estos tipos de medicamentos podrían ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación denominada “¿Cuáles son los productos biológicos y cómo se relacionan con los bioequivalentes?”

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) determina que debe retirarse por motivos de seguridad o efectividad, nosotros podríamos de inmediato eliminar el medicamento de nuestro formulario y dar aviso en instancias posteriores a los miembros que consumen el medicamento.
- **Otros cambios.** Podríamos realizar otros cambios que afecten a los miembros que actualmente consumen un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del formulario al añadir un equivalente genérico o retirar un producto biológico original al incorporar un bioequivalente. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original. Podríamos realizar cambios en base a nuevas directrices clínicas. En caso de que eliminemos medicamentos de nuestro formulario, incorporemos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia de pasos a un medicamento, debemos notificar a los miembros afectados del cambio al menos con 30 días de anticipación a que dicha modificación se haga efectiva. Como alternativa, cuando un miembro solicita un resurtido de un medicamento, podrían recibir un suministro de 30 días del medicamento y la respectiva notificación del cambio.

Si realizamos otros cambios, usted o su recetador pueden pedirnos que hagamos una excepción en su nombre y sigamos cubriendo el medicamento que usted consume. La notificación que le entreguemos también incluirá la información sobre cómo solicitar una excepción, y puede encontrar información en la sección a continuación denominada: “¿Cómo solicitar una excepción al Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?”

Cambios que no le afectarán si actualmente toma el medicamento. Por lo general, si usted consume un medicamento de nuestro formulario 2025 que tenía cobertura al comienzo del año, no descontinuaremos o reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura, salvo en lo descrito anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles al mismo reparto de costo y sin restricciones para aquellos miembros que los consuman por el resto del año de cobertura. Este año no recibirá notificación directa sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios le afectarían y es importante verificar el formulario para el nuevo año de beneficio respecto a cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto está vigente desde el 01/10/2024. Para obtener información actualizada acerca de los medicamentos cubiertos por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la parte frontal y última página.

¿De qué manera utilizo el Formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 10. Los medicamentos en este formulario se agrupan en categorías dependiendo del tipo de condiciones médicas a las que acostumbran tratar. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una condición cardíaca se agrupan en la categoría: “Agentes cardiovasculares”. Si

Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice Formulario Modelo Parte D 2025

sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 10. Luego busque bajo el nombre de categoría para su medicamento.

Listado alfabético

Si no tiene la certeza respecto a en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 115. El Índice proporciona un listado alfabético de todos los medicamentos que se incluyen en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos aparecen en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página en el cual puede encontrar información de cobertura. Consulte la página indicada en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice cubren los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan tan bien como el medicamento de marca y tienen un costo más bajo. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos por lo general pueden sustituirse por medicamentos de marca en la farmacia sin la necesidad de una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

¿Cuáles son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los bioequivalentes?

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría implicar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que tienen mayor complejidad que los fármacos habituales. Dado que los productos biológicos tienen mayor complejidad que los fármacos habituales, en lugar de tener un formato genérico, tienen alternativas que se llaman bioequivalentes. Por lo general, los bioequivalentes funcionan tan bien como el producto biológico original y tienen un costo más bajo. Hay alternativas bioequivalentes para algunos productos biológicos originales. Algunos bioequivalentes son bioequivalentes intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, podrían sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, tal como los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

- Para conocer los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, “La Lista de Medicamentos le indica qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura.”

¿Existe alguna restricción a mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos podrían tener requerimientos adicionales o límites de cobertura. Estos requerimientos y límites podrían contemplar:

- **Autorización Previa:** Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice requiere que usted [o su recetador] obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener aprobación de Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice antes de surtir sus recetas. Si no obtiene aprobación, es probable que no demos cobertura al medicamento.
- **Límites de cantidad:** Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice limitan la cantidad del medicamento al que damos cobertura. Por ejemplo, Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare

Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice Formulario Modelo Parte D 2025

Choice proporcionan 3 unidades cada 28 días por receta para Ozempic. Esto podría ser además de un suministro de un mes o de tres meses.

- **Terapia de pasos:** En algunos casos, Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice requiere que usted primero intente con ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para dicha condición. Por ejemplo, si un Medicamento A y un Medicamento B tratan su condición médica, Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice podrían no cubrir el Medicamento B a menos que pruebe primero el Medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, entonces cubriremos el Medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene cualquier requerimiento o límite adicional buscando en el formulario que comienza en la página 10. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a los medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Publicamos documentos en línea que explican nuestra autorización previa y las restricciones de terapia de pasos. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, aparece en la parte frontal y última página.

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

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

Los medicamentos de venta libre son medicamentos sin receta que normalmente no están cubiertos por un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre como beneficio complementario. (Este beneficio es aparte de su cobertura para medicamentos recetados de Medicare y se describe en el Capítulo 4 de su Evidencia de Cobertura). Algunos medicamentos recetados de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para más información, llame a Servicios para Miembros. El costo de estos medicamentos de venta libre no se contabilizará hacia los costos totales por medicamentos de la Parte D.

¿Qué ocurre si mi medicamento no figura en el Formulario?

Si su medicamento no se incluye en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe contactar a Servicios para Miembros y preguntar si su medicamento tiene cobertura. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, aparece en la parte frontal y última página.

Si usted se entera de que Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice no cubre su medicamento, tiene dos alternativas:

- Puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que tengan cobertura de Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice. Cuando reciba la lista, muéstrela a su médico y pídale que recete un medicamento similar que tenga nuestra cobertura.
- Puede pedirle a Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice que hagan una excepción y cubran su medicamento. Consulte la información acerca de cómo solicitar un excepción.

¿Cómo solicitar una excepción al Formulario de Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice?

Puede pedirle a Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice que hagan una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que usted puede solicitarnos realizar.

- Puede pedirnos que brindemos cobertura a un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. En caso de aprobarse, este medicamento se cubrirá a un nivel de reparto de costos predeterminado y usted no podría optar a pedirnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de reparto de costos inferior.
- Puede solicitarnos que renunciemos a una restricción de cobertura que contemple autorización previa, terapia de pasos o un límite de cantidad en su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice limitan la cantidad del medicamento al que damos cobertura. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que renunciemos al límite y cubramos una cantidad mayor.

Normalmente, Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice sólo aprobarán su solicitud por una excepción si los medicamentos alternativos se incluían en el formulario del plan, o en caso de que la aplicación de dicha restricción no sea tan eficaz para usted y/o propiciara la aparición de efectos adversos.

Usted o su recetador deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción al formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicite una excepción, su médico deberá explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.** Generalmente, debemos tomar nuestra decisión dentro de 72 horas de obtener la declaración de respaldo de su recetador. Usted puede solicitar una decisión expedita (rápida) si usted cree, y nosotros estamos de acuerdo, que su salud podría verse seriamente perjudicada a raíz de una espera de hasta 72 horas para tomar una decisión. En caso de que aceptemos, o si su recetador solicita una decisión rápida, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de que obtengamos la declaración de respaldo de su recetador.

¿Qué puede hacer si mi medicamento no figura en el formulario o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o constante de nuestro plan usted podría estar consumiendo medicamentos que no figuren en nuestro formulario. O, podría estar consumiendo un medicamento que esté en nuestro formulario, pero que tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debería hablar con su recetador sobre solicitar una decisión de cobertura para indicar que usted cumple con los criterios para recibir aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción al formulario para que podamos cubrir el medicamento que usted consume. Si bien usted y su médico determinan el curso de acción indicado que mejor le parezca, nosotros podríamos cubrir un medicamento en determinados casos durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no figuren en nuestro formulario o que tengan restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar hasta un suministro máximo 30 días de medicamento. En caso de no aprobarse la cobertura, después de su suministro de 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si ha sido un miembro del plan durante menos de 90 días.

Si usted es residente de una instalación de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no figure en nuestro formulario o si su capacidad para obtener su medicamento es limitada, pero sobrepasa los primeros 90

Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice
Formulario Modelo Parte D 2025

días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de dicho medicamento mientras usted se encarga de obtener una excepción al formulario.

Para obtener más información

Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos recetados con Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice, consulte su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice, contáctenos. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, aparece en la parte frontal y última página.

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

Formulario de Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice

El formulario que comienza en la siguiente página proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, diríjase al Índice que comienza en la página 115.

La primera columna del recuadro muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca van en letra mayúscula (por ej., BRILINTA 60 MG EN TABLETA) y los medicamentos genéricos aparecen en minúscula y cursiva (por ej., *bumetanida 0.5 mg en tableta*).

La información en la columna de Requerimientos/Límites le indica si *bumetanida 0.5 mg en tableta* tiene algún requerimiento especial para la cobertura de su medicamento.

CLAVE DE ABREVIATURAS DEL FORMULARIO

LA – Disponibilidad limitada: Esta receta podría estar disponible sólo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de Farmacias o llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

PA – Autorización previa: El Plan requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener aprobación antes de surtir sus recetas. Si no obtiene aprobación, es probable que no demos cobertura al medicamento.

PA – Determinación de Parte B vs. Parte D: Este medicamento recetado podría tener cobertura en virtud de la Parte B o Parte D de Medicare, dependiendo de las circunstancias. Puede que deba enviarse información describiendo el uso y contexto del medicamento para tomar la determinación.

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

ST – Terapia de Pasos: En algunos casos, el Plan requiere que usted primero intente con ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para dicha condición. Por ejemplo, si un Medicamento A y un Medicamento B tratan su condición médica, podríamos no cubrir el Medicamento B a menos que usted pruebe el Medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces cubriremos el Medicamento B.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Analgesics		
Analgesics, Other		
<i>butalbital-acetaminophen -acetaminophn 50-325</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>butalbital-acetaminophen-caffe</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>butalbital-aspirin-caffeine --cp</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ESGIC 50-325-40 MG CAPSULE	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>tencon</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ZEBUTAL	1	QL (180 PER 30 DAYS)
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs		
ARTHROTEC 50	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ARTHROTEC 75	1	QL (90 PER 30 DAYS)
CELEBREX 400 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CELEBREX 50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>celecoxib 50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
DAYPRO	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium 1% gel</i>	1	
<i>diclofenac sodium 1.5% topical soln</i>	1	PA
<i>diclofenac sodium dr 25 mg tab, ec 25 mg tab</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium dr 50 mg tab, ec 50 mg tab</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium dr 75 mg tab, ec 75 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium er</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium-misoprostol -50-0.2 mg</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>diclofenac sodium-misoprostol -75-0.2 mg, -75-0.2 tb</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>ec-naproxen -dr 375 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ec-naproxen -dr 500 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>etodolac 200 mg capsule</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>etodolac 300 mg capsule</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>etodolac 400 mg tablet, 500 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>etodolac er 600 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>etodolac er er 400 mg tablet, er 500 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>flurbiprofen 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>ibu 400 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>ibu 600 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>ibu 800 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ibuprofen 100 mg/5 ml susp</i>	1	
<i>ibuprofen 400 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>ibuprofen 600 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>ibuprofen 800 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>indomethacin 25 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>indomethacin 50 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>indomethacin er</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ketorolac tromethamine 10 mg tablet</i>	1	
<i>meloxicam 15 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>meloxicam 7.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>nabumetone 500 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>nabumetone 750 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>naproxen 125 mg/5 ml suspen</i>	1	QL (1800 PER 30 DAYS)
<i>naproxen 250 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>naproxen 375 mg tablet, dr 375 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>naproxen 500 mg kit, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>naproxen sodium 275 mg tab</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>naproxen sodium 550 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>oxaprozin</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>piroxicam 10 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>piroxicam 20 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sulindac</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Opioid Analgesics, Long-acting		
BELBUCA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine</i>	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
BUTRANS	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fentanyl</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone bitartrate er er 10 mg capsule, er 15 mg capsule, er 20 mg capsule, er 30 mg capsule, er 40 mg capsule, er 50 mg capsule</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>levorphanol tartrate</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>methadone hcl 10 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>methadone hcl 5 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate er er 15 mg tablet, er 30 mg tablet, er 60 mg tablet, er 100 mg tablet, er 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>tramadol hcl er er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
Opioid Analgesics, Short-acting		
<i>acetaminophen-codeine -#2 tablet, -#3 tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>acetaminophen-codeine -#4 tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>acetaminophen-codeine acetamin-codein 300-30 mg/12.5, acetaminop-codeine 120-12 mg/5</i>	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml spray</i>	1	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>codeine sulfate</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>endocet 10-325 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>endocet 2.5-325 mg tablet, 5-325 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>endocet 7.5-325 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>fentanyl citrate cit 1,200 mcg, cit 1,600 mcg, citrate 200 mcg, citrate 400 mcg, citrate 600 mcg, citrate 800 mcg</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-acetaminophen -10-300 mg, -10-325 mg, -7.5-300, -7.5-325</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-acetaminophen -5-300 mg, -5-325 mg</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-acetaminophen -acetamin 2.5-108/5, -acetamin 5-217/10, -acetamin 7.5-325/15</i>	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml solution, 5 mg/5 ml soln</i>	1	QL (1440 PER 30 DAYS)
<i>hydromorphone hcl 10 mg/ml ampule, 10 mg/ml vial, 50 mg/5 ml amp, 50 mg/5 ml vial, 500 mg/50 ml vl</i>	1	PA
<i>hydromorphone hcl 2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate 10 mg/5 ml cup, 10 mg/5 ml soln</i>	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate 100 mg/5 ml conc</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate 20 mg/5 ml soln</i>	1	QL (1350 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate ir 15 mg tab</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate ir 30 mg tab</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone hcl (ir) 10 mg tab, (ir) 15 mg tab, (ir) 20 mg tab, (ir) 30 mg tab</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone hcl (ir) 5 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone-acetaminophen -10-325</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone-acetaminophen -acetaminophen 5-325, -acetaminophen 2.5-325</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone-acetaminophen -acetaminophen 7.5-325</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ROXICODONE 15 MG TABLET, 30 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>tramadol hcl 50 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tramadol hcl-acetaminophen</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)

Anesthetics

Local Anesthetics

<i>dermacinrx lidocan</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5% ointment</i>	1	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5% patch</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
lidocaine hcl laryngotracheal 4% solution	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine hcl viscous</i>	1	
<i>lidocan iii</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lidocan iv</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lidocan v</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LIDODERM	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZTLIDO	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

Anti-Addiction/ Substance Abuse Treatment Agents

Alcohol Deterrents/ Anti-craving

<i>acamprosate calcium</i>	1	
<i>disulfiram</i>	1	

Opioid Dependence

<i>buprenorphine hcl 2 mg tablet, 8 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine-naloxone -2-fm, -2-tb</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine-naloxone -4-1mg film, -8-2mg film, -12-3mg flm</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine-naloxone -8-2 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>naltrexone hcl</i>	1	
SUBLOCADE	1	
SUBOXONE 2 MG-0.5 MG SL FILM	1	QL (120 PER 30 DAYS)
SUBOXONE 4 MG-1 MG FILM, 8 MG-2 MG FILM, 12 MG-3 MG FILM	1	QL (60 PER 30 DAYS)
VIVITROL	1	
Opioid Reversal Agents		
KLOXXADO	1	
<i>naloxone hcl</i>	1	
NARCAN	1	
OPVEE	1	
Smoking Cessation Agents		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	1	
NICOTROL	1	
NICOTROL NS	1	
<i>varenicline tartrate</i>	1	
Antibacterials		
Aminoglycosides		
<i>amikacin sulfate</i>	1	
ARIKAYCE	1	PA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
<i>gentamicin sulfate 80 mg/2 ml vial, 800 mg/20 ml vial</i>	1	
<i>gentamicin sulfate in ns iso 100 mg/100 ml, iso 120 mg/100 ml, isoton 60 mg/50 ml, isoton 80 mg/100 ml, isoton 80 mg/50 ml</i>	1	
HUMATIN	1	
<i>neomycin sulfate</i>	1	
<i>streptomycin sulfate</i>	1	
<i>tobramycin sulfate</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antibacterials, Other		
AZACTAM	1	
<i>aztreonam</i>	1	
CLEOCIN 2% VAGINAL CREAM	1	
CLEOCIN HCL	1	
CLEOCIN PHOSPHATE 9 G/60 ML VIAL, 150 MG/ML VIAL, 300 MG/2 ML VIAL, 600 MG/4 ML VIAL, 900 MG/6 ML VIAL	1	
CLEOCIN T 1% LOION	1	
<i>clindacin etz</i>	1	
<i>clindacin p</i>	1	
<i>clindamycin (pediatric)</i>	1	
<i>clindamycin hcl</i>	1	
<i>clindamycin phosphate ph 1% gel, ph 1% solution, 2% vaginal cream, ph 9 g/60 ml vial, ph 300 mg/2 ml vl, ph 600 mg/4 ml vl, ph 900 mg/6 ml vl, phos 1% pledget, phosp 1% lotion, phosphate 1% gel</i>	1	
<i>clindamycin phosphate-d5w</i>	1	
<i>clindamycin-0.9% nacl</i>	1	
<i>colistimethate</i>	1	
CUBICIN	1	
CUBICIN RF	1	
DALVANCE	1	
<i>daptomycin 500 mg vial</i>	1	
FLAGYL 375 CAPSULE	1	
IMPAVIDO	1	
<i>linezolid</i>	1	PA
<i>linezolid-0.9% nacl</i>	1	
<i>linezolid-d5w</i>	1	
<i>methenamine hippurate</i>	1	
METRO IV	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>metronidazole vaginal 0.75% gl, 250 mg tablet, 375 mg capsule, 500 mg tablet, 500 mg/100 ml</i>	1	
<i>nitrofurantoin 50 mg cap, 100 mg cap</i>	1	
<i>nitrofurantoin mono-macro</i>	1	
SIVEXTRO 200 MG TABLET	1	PA
SIVEXTRO 200 MG VIAL	1	
<i>tigecycline</i>	1	
<i>tinidazole</i>	1	
<i>trimethoprim</i>	1	
TYGACIL	1	
<i>vancomycin hcl 1 gm add-van vial, 1 gm vial, hcl 5 gm vial, hcl 10 gm vial, hcl 100 gm smartpak, 500 mg add-van vial, 500 mg vial, 750 mg add-van vial, hcl 750 mg vial</i>	1	
<i>vancomycin hcl 125 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>vancomycin hcl 250 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ZYVOX 100 MG/5 ML SUSPENSION, 600 MG TABLET	1	PA
ZYVOX 600 MG/300 ML-D5W	1	
Beta-lactam, Cephalosporins		
<i>cefaclor 250 mg capsule, 500 mg capsule</i>	1	
<i>cefadroxil</i>	1	
<i>cefazolin sodium 1 gm add-van vial, 1 gm vial, 10 gm vial, 20 gm bulk vial, sod 100 gm bulk bag, sod 300 gm bulk bag, 500 mg vial</i>	1	
<i>cefazolin sodium-dextrose 1 g/50 ml</i>	1	
<i>cefdinir</i>	1	
<i>cefepime</i>	1	
<i>cefepime hcl 1 gm vial, 2 gram vial</i>	1	
<i>cefepime-dextrose</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cefixime 400 mg capsule</i>	1	
<i>cefoxitin</i>	1	
<i>cefoxitin sodium</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	1	
<i>cefprozil</i>	1	
<i>ceftazidime 1 gm vial, 2 gm vial, 6 gm vial</i>	1	
<i>ceftriaxone</i>	1	
<i>cefuroxime</i>	1	
<i>cefuroxime sodium 1.5 gm vial, 750 mg vial</i>	1	
<i>cephalexin 125 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 750 mg capsule</i>	1	
<i>tazicef</i>	1	
TEFLARO	1	
Beta-lactam, Penicillins		
<i>amoxicillin</i>	1	
<i>amoxicillin-clavulanate pot er</i>	1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass</i>	1	
<i>ampicillin sodium 1 gm add-vantage vl, 1 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm vial</i>	1	
<i>ampicillin trihydrate 500 mg capsule</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam -sulb 3 gm add vial, -sulbactam 3 gm vial</i>	1	
BICILLIN L-A	1	
<i>dicloxacillin sodium</i>	1	
EXTENCILLINE	1	
<i>lentocilin s</i>	1	
<i>nafcillin</i>	1	
<i>nafcillin sodium</i>	1	
<i>penicillin g potassium</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>penicillin g sodium</i>	1	
<i>penicillin gk-iso-osm dextrose 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium</i>	1	
<i>pfizerpen</i>	1	
<i>piperacillin-tazobactam -tazo 2.25 gm add vl, -tazo 3.375 gm add vl, -tazo 4.5 gm add vial, -tazobact 2.25 gm vl, -tazobact 3.375 gm vl, -tazobact 4.5 gm vial</i>	1	
ZOSYN 2.25 GM/50 ML GALAXY BAG	1	
Carbapenems		
<i>ertapenem</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin sodium</i>	1	
INVANZ	1	
<i>meropenem</i>	1	
<i>meropenem-0.9% nacl</i>	1	
Macrolides		
<i>azithromycin</i>	1	
<i>clarithromycin</i>	1	
<i>clarithromycin er</i>	1	
DIFICID 200 MG TABLET	1	QL (20 PER 10 OVER TIME)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	1	QL (136 PER 10 OVER TIME)
E.E.S. 200	1	
<i>ery</i>	1	
ERY-TAB	1	
ERYPED 200	1	
ERYPED 400	1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	1	
ERYTHROCIN STEARATE	1	
<i>erythromycin 2% solution, 250 mg tablet, dr 250 mg cap, dr 250 mg tablet, dr 333 mg tablet, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>erythromycin lactobionate</i>	1	
ZITHROMAX 100 MG/5 ML SUSP, 200 MG/5 ML SUSP, 250 MG TABLET, 250 MG Z-PAK TABLET, 500 MG TABLET, I.V. 500 MG VIAL	1	
ZITHROMAX TRI-PAK	1	
Quinolones		
CIPRO	1	
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	
<i>ciprofloxacin-d5w</i>	1	
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 750 mg tablet</i>	1	
<i>levofloxacin-d5w</i>	1	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl</i>	1	
<i>ofloxacin 400 mg tablet</i>	1	
Sulfonamides		
BACTRIM	1	
BACTRIM DS	1	
<i>sulfadiazine</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim -20 ml cup, -ds tablet, -ss tablet, -susp</i>	1	
Tetracyclines		
<i>avidoxy</i>	1	
<i>demeclocycline hcl</i>	1	
<i>doxy 100</i>	1	
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg vl</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>doxycycline monohydrate 50 mg cap, 50 mg tablet, 75 mg capsule, 75 mg tablet, 100 mg cap, 100 mg tablet, 150 mg cap, 150 mg tablet</i>	1	
<i>minocycline hcl</i>	1	
<i>mondoxyne nl 100 mg capsule</i>	1	
NUZYRA 100 MG VIAL, 150 MG TABLET	1	
<i>tetracycline hcl 250 mg capsule, 500 mg capsule</i>	1	
VIBRAMYCIN 100 MG CAPSULE	1	

Anticonvulsants

Anticonvulsants, Other

BRIVIACT 10 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (600 PER 30 DAYS)
BRIVIACT 50 MG/5 ML VIAL	1	
DEPAKOTE	1	
DEPAKOTE ER	1	
DEPAKOTE SPRINKLE	1	
DIACOMIT	1	
<i>divalproex sodium</i>	1	
<i>divalproex sodium er</i>	1	
EPIDIOLEX	1	PA
EPRONTIA	1	
<i>felbamate</i>	1	
FINTEPLA	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	1	QL (680 PER 28 DAYS)
FYCOMPA 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
KEPPRA 100 MG/ML ORAL SOLN, 250 MG TABLET, 500 MG TABLET, 750 MG TABLET, 1,000 MG TABLET	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LAMICTAL	1	
LAMICTAL (BLUE)	1	
<i>lamotrigine</i>	1	
<i>lamotrigine (blue)</i>	1	
<i>lamotrigine er er 25 mg tablet, er 50 mg tablet, er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet</i>	1	
<i>levetiracetam 100 mg/ml soln, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/5 ml cup, 500 mg/5 ml soln, 750 mg tablet, 1,000 mg tablet, 1,000mg/10ml cup</i>	1	
<i>levetiracetam er</i>	1	
<i>roweepra 500 mg tablet</i>	1	
SPRITAM	1	
<i>subvenite</i>	1	
<i>subvenite (blue)</i>	1	
<i>topiramate</i>	1	
<i>valproic acid</i>	1	
Calcium Channel Modifying Agents		
CELONTIN	1	
<i>ethosuximide</i>	1	
<i>methsuximide</i>	1	
ZARONTIN 250 MG CAPSULE	1	
Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Modulating Agents		
<i>clobazam 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 2.5 mg gel sys, 10 mg gel syst, 20 mg gel syst</i>	1	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg capsule</i>	1	QL (1080 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup</i>	1	QL (2160 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>gabapentin 300 mg capsule</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg capsule</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 600 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 800 mg tablet</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
LIBERVANT	1	QL (10 PER 30 DAYS)
LYRICA 20 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL (900 PER 30 DAYS)
LYRICA 225 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYRICA 25 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
MYSOLINE	1	
NAYZILAM	1	QL (10 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 100 MG CAPSULE	1	QL (1080 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 250 MG/5 ML SOLN, 250 MG/5 ML SOLUTION	1	QL (2160 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 300 MG CAPSULE	1	QL (360 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 400 MG CAPSULE	1	QL (270 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 600 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 800 MG TABLET	1	QL (135 PER 30 DAYS)
ONFI 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ONFI 2.5 MG/ML SUSPENSION	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>phenobarbital</i>	1	
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	1	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin 225 mg capsule, 300 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule, 200 mg capsule</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>primidone</i>	1	
SABRIL	1	QL (180 PER 30 DAYS)
SYMPAZAN 10 MG FILM, 20 MG FILM	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SYMPAZAN 5 MG FILM	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tiagabine hcl</i>	1	
VALTOCO	1	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>vigabatrin</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>vigadrone</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>vigpoder</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ZTALMY	1	PA, QL (1100 PER 30 DAYS)
Sodium Channel Agents		
APTIOM 200 MG TABLET, 400 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
APTIOM 600 MG TABLET, 800 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BANZEL	1	
<i>carbamazepine 100 mg tab chew, 100 mg/5 ml cup, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet, 200 mg/10 ml cup</i>	1	
<i>carbamazepine er</i>	1	
CARBATROL	1	
DILANTIN	1	
DILANTIN-125	1	
<i>epitol</i>	1	
<i>lacosamide 10 mg/ml solution, 50 mg tablet, 50 mg/5 ml cup, 100 mg tablet, 100 mg/10 ml cup, 150 mg tablet, 150 mg/15 ml cup, 200 mg tablet, 200 mg/20 ml cup</i>	1	
<i>oxcarbazepine</i>	1	
PHENYTEK	1	
<i>phenytoin</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended</i>	1	
<i>rufinamide</i>	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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
XCOPRI	1	
ZONEGRAN	1	
ZONISADE	1	
<i>zonisamide</i>	1	

Antidementia Agents

Cholinesterase Inhibitors

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

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

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

Antidepressants

Antidepressants, Other

AUVELITY	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 150mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 200 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>bupropion xl hcl 150 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion xl hcl 300 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>mirtazapine 15 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>mirtazapine 7.5 mg tablet, 15 mg odt, 30 mg odt, 30 mg tablet, 45 mg odt, 45 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REMERON 15 MG SOLTAB, 30 MG SOLTAB, 30 MG TABLET, 45 MG SOLTAB	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REMERON 15 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN SR 100 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN SR SR 150 MG TABLET, SR 200 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN XL 150 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN XL 300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE	1	QL (28 PER 365 OVER TIME)
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	1	QL (14 PER 365 OVER TIME)
Monoamine Oxidase Inhibitors		
EMSAM	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
MARPLAN	1	
NARDIL	1	
PARNATE	1	
<i>phenelzine sulfate</i>	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	1	
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/ Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibito		
CELEXA 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)
CELEXA 40 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>citalopram hbr 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>citalopram hbr 10 mg/5 ml soln, 20 mg/10 ml cup</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>citalopram hbr 40 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CYMBALTA 20 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
CYMBALTA 30 MG CAPSULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl dr 20 mg cap, dr 60 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl dr 30 mg cap</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
EFFEXOR XR 150 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EFFEXOR XR 37.5 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
EFFEXOR XR 75 MG CAPSULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate 20 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	1	QL (28 PER 28 DAYS)
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE, ER 40 MG CAPSULE, ER 80 MG CAPSULE, ER 120 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine dr</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fluoxetine hcl 10 mg capsule, 10 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5 ml soln cup, 20 mg/5 ml solution</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
LEXAPRO 20 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
LEXAPRO 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>nefazodone hcl</i>	1	
<i>paroxetine cr 12.5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine cr 25 mg tablet, 37.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine er 12.5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>paroxetine er er 25 mg tablet, er 37.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl 10 mg tablet, 40 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp</i>	1	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl 20 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PAXIL 10 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)
PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION	1	QL (900 PER 30 DAYS)
PAXIL 20 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PAXIL 30 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PRISTIQ	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PROZAC 10 MG PULVULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
PROZAC 20 MG PULVULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
PROZAC 40 MG PULVULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sertraline hcl 20 mg/ml oral conc</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>sertraline hcl 25 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>trazodone hcl</i>	1	
TRINTELLIX	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine besylate er</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
VIIBRYD 10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>vilazodone hcl</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZOLOFT 100 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ZOLOFT 20 MG/ML ORAL CONC	1	QL (300 PER 30 DAYS)
ZOLOFT 25 MG TABLET, 50 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Tricyclics		
<i>amitriptyline hcl</i>	1	
<i>amoxapine</i>	1	
<i>clomipramine hcl</i>	1	
<i>desipramine hcl</i>	1	
<i>doxepin hcl 10 mg capsule, 10 mg/ml oral conc, 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule</i>	1	
<i>imipramine hcl</i>	1	
NORPRAMIN	1	
<i>nortriptyline hcl</i>	1	
<i>protriptyline hcl</i>	1	
<i>trimipramine maleate</i>	1	

Antiemetics

Antiemetics, Other

<i>chlorpromazine hcl 10 mg tablet, 25 mg tablet, 30 mg/ml conc, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 100 mg/ml conc, 200 mg tablet</i>	1	PA
<i>compro</i>	1	
<i>meclizine hcl 12.5 mg tablet, 25 mg tablet</i>	1	
<i>perphenazine</i>	1	PA
<i>prochlorperazine</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate</i>	1	
<i>promethazine hcl 6.25 mg/5 ml soln, 6.25 mg/5 ml syrp, 12.5 mg suppos, 12.5 mg tablet, 25 mg suppository, 25 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	PA
<i>promethegan 12.5 mg suppos, 25 mg suppository</i>	1	PA
<i>scopolamine</i>	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Emetogenic Therapy Adjuncts		
<i>aprepitant</i>	1	PA
<i>dronabinol</i>	1	PA
EMEND 80 MG CAPSULE, TRIPACK	1	PA
<i>granisetron hcl 1 mg tablet</i>	1	PA
<i>ondansetron hcl 4 mg/5 ml soln cup, 4 mg/5 ml solution, hcl 4 mg tablet, hcl 8 mg tablet</i>	1	
<i>ondansetron odt odt 4 mg tablet, odt 8 mg tablet</i>	1	
Antifungals		
AMBISOME	1	PA
<i>amphotericin b</i>	1	PA
<i>amphotericin b liposome</i>	1	PA
CANCIDAS	1	
<i>caspofungin acetate</i>	1	
<i>ciclodan 8% solution</i>	1	QL (6.6 PER 30 DAYS)
<i>ciclopirox 0.77% cream, 0.77% gel, 0.77% topical susp, 1% shampoo</i>	1	
<i>ciclopirox 8% solution</i>	1	QL (6.6 PER 30 DAYS)
<i>clotrimazole 1% solution, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche</i>	1	
CRESEMBA	1	PA
DIFLUCAN 40 MG/ML SUSPENSION, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	
<i>econazole nitrate</i>	1	
<i>fluconazole</i>	1	
<i>fluconazole-nacl -200 mg/100 ml, -400 mg/200 ml</i>	1	
<i>flucytosine</i>	1	PA
<i>griseofulvin</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	1	
<i>itraconazole 100 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ketoconazole 2% cream, 2% shampoo, 200 mg tablet</i>	1	
<i>klayesta</i>	1	
LOPROX 1% SHAMPOO	1	
<i>micafungin</i>	1	
NOXAFIL	1	PA
<i>nyamyc</i>	1	
<i>nystatin</i>	1	
<i>nystop</i>	1	
<i>posaconazole</i>	1	PA
SPORANOX 100 MG CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>terbinafine hcl</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>terconazole</i>	1	
VFEND IV	1	PA
<i>voriconazole</i>	1	PA

Antigout Agents

<i>allopurinol 100 mg tablet, 300 mg tablet</i>	1	
<i>colchicine 0.6 mg tablet</i>	1	
COLCRYS	1	
<i>probenecid</i>	1	
<i>probenecid-colchicine</i>	1	

Antimigraine Agents

<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml sry</i>	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
<i>ergotamine-caffeine</i>	1	
MIGRANAL	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
UBRELVY	1	PA, QL (16 PER 30 DAYS)
Serotonin (5-HT) Receptor Agonist		
IMITREX 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	ST, QL (18 PER 30 DAYS)
IMITREX 4 MG/0.5 ML CARTRIDGES, 4 MG/0.5 ML PEN INJECT	1	ST, QL (6 PER 30 DAYS)
IMITREX 6 MG/0.5 ML CARTRIDGES, 6 MG/0.5 ML PEN INJECT	1	QL (6 PER 30 DAYS)
MAXALT	1	ST, QL (18 PER 30 DAYS)
MAXALT MLT 10 MG TABLET	1	ST, QL (18 PER 30 DAYS)
<i>naratriptan hcl</i>	1	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>rizatriptan</i>	1	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan</i>	1	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml cart, 4 mg/0.5 ml inject, 6 mg/0.5 ml cart, 6 mg/0.5ml autoinj</i>	1	QL (6 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml vial</i>	1	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>zolmitriptan odt</i>	1	QL (12 PER 30 DAYS)
Antimyasthenic Agents		
Parasympathomimetics		
MESTINON	1	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>bicalutamide</i>	1	
CASODEX	1	
ERLEADA 240 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ERLEADA 60 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
NILANDRON	1	
<i>nilutamide</i>	1	
NUBEQA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XTANDI 40 MG CAPSULE, 40 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XTANDI 80 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
YONSA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
Antiangiogenic Agents		
<i>lenalidomide 15 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule</i>	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
<i>lenalidomide 2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
POMALYST	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
THALOMID 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
THALOMID 50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
Antiestrogens/Modifiers		
FARESTON	1	
ORSERDU 345 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ORSERDU 86 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
SOLTAMOX	1	
<i>tamoxifen citrate</i>	1	
<i>toremifene citrate</i>	1	
Antimetabolites		
<i>mercaptopurine</i>	1	
PURIXAN	1	
TABLOID	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antineoplastics, Other		
HYDREA	1	
<i>hydroxyurea</i>	1	
INQOVI	1	PA, QL (5 PER 28 DAYS)
IWILFIN	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG	1	PA, QL (49 PER 28 DAYS)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG	1	PA, QL (70 PER 28 DAYS)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG	1	PA, QL (91 PER 28 DAYS)
<i>leucovorin calcium 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab</i>	1	
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET	1	PA, QL (100 PER 28 DAYS)
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET	1	PA, QL (80 PER 28 DAYS)
LYSODREN	1	
NIPENT	1	
ONUREG	1	PA, QL (14 PER 28 DAYS)
ORGOVYX	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
XPOVIO 40 MG TWICE, 80 MG ONCE, 100 MG ONCE	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XPOVIO 40 MG, 60 MG	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY DOSE	1	PA, QL (24 PER 28 DAYS)
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY DOSE	1	PA, QL (32 PER 28 DAYS)
ZOLINZA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation		
<i>anastrozole</i>	1	
ARIMIDEX	1	
AROMASIN	1	
<i>exemestane</i>	1	
FEMARA	1	
<i>letrozole</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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 30 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ALUNBRIG 90 MG TABLET, 90 MG-180 MG TAB PACK, 180 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUGTYRO 40 MG CAPSULE	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
AYVAKIT	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
BALVERSA 3 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
BALVERSA 4 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
BALVERSA 5 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
BOSULIF 100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
BOSULIF 400 MG TABLET, 500 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
BOSULIF 50 MG CAPSULE	1	PA, QL (330 PER 30 DAYS)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
BRUKINSA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
CABOMETYX	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
CALQUENCE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CAPRELSA 100 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CAPRELSA 300 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
COMETRIQ 100 MG DAILY-DOSE PK	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
COMETRIQ 140 MG DAILY-DOSE PK	1	PA, QL (112 PER 28 DAYS)
COMETRIQ 60 MG DAILY-DOSE PACK	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
COPIKTRA	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
COTELLIC	1	PA, QL (63 PER 28 DAYS)
DAURISMO 100 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAURISMO 25 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ERIVEDGE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>erlotinib hcl 100 mg tablet, 150 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>erlotinib hcl 25 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>everolimus 2 mg tab for susp, 5 mg tab for susp, 5 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>everolimus 2.5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>everolimus 3 mg tab for susp</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
EXKIVITY	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
FOTIVDA	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
GAVRETO	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>gefitinib</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GILOTRIF	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GLEEVEC 100 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
GLEEVEC 400 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
IBRANCE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
ICLUSIG	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
IDHIFA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE, 420 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	1	PA, QL (324 PER 30 DAYS)
INLYTA 1 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
INLYTA 5 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
INREBIC	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
IRESSA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
JAKAFI	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
JAYPIRCA 100 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
JAYPIRCA 50 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
KISQALI 400 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (42 PER 28 DAYS)
KISQALI 600 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (63 PER 28 DAYS)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
KRAZATI	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>lapatinib</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
LENVIMA 12 MG DAILY, 18 MG DAILY, 24 MG DAILY	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LENVIMA 4 MG CAPSULE, 10 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LENVIMA 8 MG DAILY, 14 MG DAILY, 20 MG DAILY	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LORBRENA 100 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LORBRENA 25 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LUMAKRAS 120 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
LUMAKRAS 320 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LYNPARZA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
LYTGOBI 12 MG DOSE (3X 4MG TB)	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
LYTGOBI 16 MG DOSE (4X 4MG TB)	1	PA, QL (112 PER 28 DAYS)
LYTGOBI 20 MG DOSE (5X 4MG TB)	1	PA, QL (140 PER 28 DAYS)
MEKINIST 0.05 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (1170 PER 28 DAYS)
MEKINIST 0.5 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
MEKINIST 2 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
MEKTOVI	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
NERLYNX	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NEXAVAR	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 (500MG DOSE)	1	PA, QL (24 PER 28 DAYS)
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	1	PA, QL (96 PER 28 DAYS)
OJJAARA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pazopanib hcl</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
PEMAZYRE	1	PA, QL (14 PER 21 DAYS)
PIQRAY 200 MG DAILY DOSE PACK	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
PIQRAY 250 MG DAILY PACK, 300 MG DAILY PACK	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
QINLOCK	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RETEVMO 40 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
RETEVMO 80 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
REZLIDHIA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ROZLYTREK 50 MG PELLETT PACKET	1	PA, QL (336 PER 28 DAYS)
RUBRACA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
RYDAPT	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
SCSEMBLIX 100 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SCSEMBLIX 20 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SCSEMBLIX 40 MG TABLET	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>sorafenib</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SPRYCEL 20 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
SPRYCEL 50 MG TABLET, 70 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET, 140 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
STIVARGA	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>sunitinib malate 25 mg capsule, 37.5 mg cap, 50 mg capsule</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SUTENT 12.5 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
SUTENT 25 MG CAPSULE, 37.5 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TABRECTA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	1	PA, QL (840 PER 28 DAYS)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAGRISSE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TALZENNA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TASIGNA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAZVERIK	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
TEPMETKO	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TIBSOVO	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>torpenz 2.5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>torpenz 5 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TRUQAP	1	PA, QL (64 PER 28 DAYS)
TUKYSA 150 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TUKYSA 50 MG TABLET	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
TURALIO 125 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TYKERB	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
VANFLYTA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
VIZIMPRO	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VONJO	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
VOTRIENT	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XALKORI 150 MG PELLETT	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
XALKORI 20 MG PELLETT, 50 MG PELLETT, 200 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XOSPATA	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZEJULA 100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ZELBORAF	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
ZYDELIG	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ZYKADIA 150 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Monoclonal Antibody/Antibody-Drug Conjugate		
KANJINTI	1	PA
MVASI	1	PA
ONTRUZANT	1	PA
RIABNI	1	PA
RUXIENCE	1	PA
TRAZIMERA	1	PA
ZIRABEV	1	PA
Retinoids		
<i>bexarotene 1% gel, 75 mg capsule</i>	1	PA
PANRETIN	1	PA
TARGRETIN 1% GEL, 75 MG CAPSULE	1	PA
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	1	PA
Treatment Adjuncts		
MESNEX 400 MG TABLET	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antiparasitics		
Anthelmintics		
<i>albendazole</i>	1	
<i>benznidazole</i>	1	
BILTRICIDE	1	
<i>ivermectin 3 mg tablet</i>	1	PA
<i>praziquantel</i>	1	
STROMECTOL	1	PA
Antiprotozoals		
<i>atovaquone</i>	1	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	1	
<i>chloroquine phosphate</i>	1	
COARTEM	1	
DARAPRIM	1	PA
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	1	
MALARONE	1	
<i>mefloquine hcl</i>	1	
NEBUPENT	1	PA
<i>nitazoxanide</i>	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PENTAM 300	1	
<i>pentamidine isethionate 300 mg inhal powdr</i>	1	PA
<i>pentamidine isethionate 300 mg inject vial</i>	1	
PLAQUENIL	1	
<i>primaquine</i>	1	
<i>pyrimethamine</i>	1	PA
<i>quinine sulfate</i>	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antiparkinson Agents		
Antiparkinson Agents, Other		
<i>amantadine</i>	1	
<i>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tablet, 2 mg tablet</i>	1	PA
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	1	
COMTAN	1	
<i>entacapone</i>	1	
TASMAR	1	
<i>tolcapone</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl 2 mg tablet, 5 mg tablet</i>	1	PA
Dopamine Agonists		
APOKYN	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>apomorphine hcl</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bromocriptine mesylate</i>	1	
NEUPRO	1	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	1	
<i>ropinirole er</i>	1	
<i>ropinirole hcl</i>	1	
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
<i>carbidopa</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa er</i>	1	
INBRIJA	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
RYTARY	1	
SINEMET 10-100	1	
SINEMET 25-100	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors		
AZILECT	1	
<i>rasagiline mesylate</i>	1	
<i>selegiline hcl</i>	1	
Antipsychotics		
1st Generation/Typical		
<i>fluphenazine decanoate</i>	1	PA
<i>fluphenazine hcl</i>	1	PA
HALDOL DECANOATE 100	1	PA
HALDOL DECANOATE 50	1	PA
<i>haloperidol</i>	1	PA
<i>haloperidol decanoate</i>	1	PA
<i>haloperidol decanoate 100</i>	1	PA
<i>haloperidol lactate</i>	1	PA
<i>loxapine</i>	1	PA
<i>molindone hcl</i>	1	PA
<i>pimozide</i>	1	PA
<i>thioridazine hcl</i>	1	PA
<i>thiothixene</i>	1	PA
<i>trifluoperazine hcl</i>	1	PA
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 30 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ABILIFY 2 MG TABLET, 5 MG TABLET	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML	1	QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML	1	QL (3.2 PER 56 OVER TIME)
ABILIFY MAINTENA	1	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	1	PA, QL (750 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>aripiprazole 2 mg tablet, 5 mg tablet</i>	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole odt</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	1	QL (3.9 PER 56 OVER TIME)
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	1	QL (1.6 PER 28 DAYS)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	1	QL (2.4 PER 28 DAYS)
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	1	QL (3.2 PER 28 DAYS)
ARISTADA INITIO	1	QL (2.4 PER 42 OVER TIME)
<i>asenapine maleate</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CAPLYTA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FANAPT 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FANAPT TITRATION PACK	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
GEODON 20 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
GEODON 20 MG/ML VIAL, 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
INVEGA ER 3 MG TABLET, ER 9 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
INVEGA ER 6 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML	1	QL (3.5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML	1	QL (5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML	1	QL (0.75 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRG	1	QL (1 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML	1	QL (1.5 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	1	QL (0.25 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	1	QL (0.5 PER 28 DAYS)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML	1	QL (0.88 PER 84 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML	1	QL (1.32 PER 84 OVER TIME)
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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LATUDA 80 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lurasidone hcl 20 mg tablet, 40 mg tablet, 60 mg tablet, 120 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LYBALVI	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
NUPLAZID 10 MG TABLET, 34 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olanzapine 10 mg vial</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>olanzapine 15 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olanzapine 2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
<i>olanzapine odt</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>paliperidone er er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
PERSERIS	1	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>quetiapine fumarate 150 mg tablet</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate 300 mg tab, 400 mg tab</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate er er 150 mg tablet, er 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate er er 50 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
REXULTI 0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET, 4 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
RISPERDAL 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
RISPERDAL 1 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
RISPERDAL 4 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
RISPERDAL CONSTA	1	QL (2 PER 28 DAYS)
<i>risperidone 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>risperidone 4 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>risperidone er</i>	1	QL (2 PER 28 DAYS)
<i>risperidone odt 0.25 mg odt, 0.5 mg odt, 1 mg odt, 2 mg odt, 3 mg odt</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>risperidone odt 4 mg</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SAPHRIS	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SECUADO	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SEROQUEL 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SEROQUEL 300 MG TABLET, 400 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SEROQUEL XR 150 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SEROQUEL XR 50 MG TABLET, 300 MG TABLET, 400 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
UZEDY ER 100 MG/0.28 ML SYRING	1	QL (0.28 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 125 MG/0.35 ML SYRING	1	QL (0.35 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 150 MG/0.42 ML SYRING	1	QL (0.42 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 200 MG/0.56 ML SYRING	1	QL (0.56 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 250 MG/0.7 ML SYRINGE	1	QL (0.7 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 50 MG/0.14 ML SYRINGE	1	QL (0.14 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 75 MG/0.21 ML SYRINGE	1	QL (0.21 PER 28 DAYS)
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4.5 MG CAPSULE, 6 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ziprasidone hcl 20 mg capsule, 40 mg capsule</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>ziprasidone hcl 60 mg capsule, 80 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ziprasidone mesylate</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ZYPREXA 10 MG VIAL	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZYPREXA 15 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ZYPREXA 2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
ZYPREXA RELPREVV 210 MG VIAL, 210 MG VL KIT, 300 MG VIAL, 300 MG VL KIT	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG VIAL, 405 MG VL KIT	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
ZYPREXA ZYDIS	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Treatment-Resistant

<i>clozapine 100 mg tablet</i>	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
<i>clozapine 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clozapine 25 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt 12.5 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt 150 mg tablet</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt odt 25 mg tablet, odt 100 mg tablet</i>	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
CLOZARIL 100 MG TABLET	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
CLOZARIL 200 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
CLOZARIL 25 MG TABLET, 50 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
VERSACLOZ	1	PA, QL (540 PER 30 DAYS)

Antispasticity Agents

<i>baclofen 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	
DANTRIUM 25 MG CAPSULE	1	
<i>dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap</i>	1	
<i>tizanidine hcl</i>	1	

Antivirals

Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)

BIKTARVY	1	QL (30 PER 30 DAYS)
----------	---	---------------------

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
DOVATO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
GENVOYA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG POWDER PACKET, 400 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 25 MG TABLET CHEW, 100 MG TABLET CHEW	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS HD	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JULUCA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
STRIBILD	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TIVICAY 10 MG TABLET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
TIVICAY 25 MG TABLET, 50 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TIVICAY PD	1	QL (360 PER 30 DAYS)

Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)

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

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

<i>abacavir 20 mg/ml solution</i>	1	QL (960 PER 30 DAYS)
-----------------------------------	---	----------------------

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>abacavir 300 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>abacavir-lamivudine</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CIMDUO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
COMPLERA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DESCOVY	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir disop</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	1	QL (850 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 200 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EPIVIR 10 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (960 PER 30 DAYS)
EPIVIR 150 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
EPIVIR 300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EPZICOM	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 10 mg/ml oral soln</i>	1	QL (960 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ODEFSEY	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RETROVIR 10 MG/ML SYRUP	1	QL (1920 PER 30 DAYS)
RETROVIR 100 MG CAPSULE	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ PD	1	QL (180 PER 30 DAYS)
TRUVADA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD 150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET, 300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD POWDER	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ZIAGEN 20 MG/ML SOLUTION	1	QL (960 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 100 mg capsule</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>zidovudine 50 mg/5 ml syrup</i>	1	QL (1920 PER 30 DAYS)
Anti-HIV Agents, Other		
FUZEON	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 150 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
RUKOBIA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (1840 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TABLET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 300 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TABLET, 150 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	1	QL (4 PER 28 OVER TIME)
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	1	QL (5 PER 28 OVER TIME)
TYBOST	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors		
APTIVUS 250 MG CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 150 mg cap, 300 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 200 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
KALETRA 100-25 MG TABLET	1	QL (300 PER 30 DAYS)
KALETRA 200-50 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
KALETRA 80 MG-20 MG/ML SOLN	1	QL (480 PER 30 DAYS)
LEXIVA 700 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir -80-20mg/ml</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir -ritonavir 100-25mg tb</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir -ritonavir 200-50mg tb</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NORVIR 100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET	1	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZCOBIX	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	1	QL (400 PER 30 DAYS)
PREZISTA 150 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
PREZISTA 600 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PREZISTA 75 MG TABLET	1	QL (300 PER 30 DAYS)
PREZISTA 800 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REYATAZ 200 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
REYATAZ 300 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>ritonavir</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
SYM TUZA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TABLET	1	QL (270 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
LIVTENCITY	1	QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS 240 MG TABLET, 480 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VALCYTE	1	
<i>valganciclovir hcl</i>	1	
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
<i>adefovir dipivoxil</i>	1	
BARACLUDE	1	
<i>entecavir</i>	1	
<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	1	
<i>lamivudine hbv</i>	1	
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
MAVYRET	1	PA
<i>ribavirin 200 mg capsule, 200 mg tablet</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ZEPATIER	1	PA
Anti-influenza Agents		
<i>oseltamivir phosphate 30 mg capsule</i>	1	QL (168 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg capsule, 75 mg capsule</i>	1	QL (84 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml suspension</i>	1	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
RELENZA	1	QL (120 PER 365 OVER TIME)
TAMIFLU 30 MG CAPSULE	1	QL (168 PER 365 OVER TIME)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE	1	QL (84 PER 365 OVER TIME)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION	1	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
XOFLUZA 40 MG TAB (80 MG DOSE), 40 MG TABLET	1	QL (4 PER 365 OVER TIME)
XOFLUZA 80 MG TABLET	1	QL (2 PER 365 OVER TIME)
Antitherpetic Agents		
<i>acyclovir 200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 400 mg tablet, 800 mg tablet</i>	1	
<i>acyclovir 5% ointment</i>	1	PA
<i>acyclovir sodium 500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial</i>	1	PA
<i>famciclovir</i>	1	
<i>valacyclovir</i>	1	
VALTREX	1	
ZOVIRAX 5% OINTMENT	1	PA
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 DOSE PACK	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	1	QL (30 PER 30 OVER TIME)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Anxiolytics		
<i>alprazolam 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam er 2 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam er 3 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam er er 0.5 mg tablet, er 1 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam xr 0.5 mg tablet, 1 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam xr 2 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam xr 3 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupirone hcl</i>	1	
<i>chlordiazepoxide hcl 25 mg capsule</i>	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
<i>chlordiazepoxide hcl 5 mg capsule, 10 mg capsule</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 0.125 mg dis tab, 0.125 mg odt, 0.25 mg odt, 0.5 mg dis tablet, 0.5 mg odt, 1 mg dis tablet, 1 mg odt</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 0.5 mg tablet, 1 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg odt, 2 mg tablet</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tablet</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tablet</i>	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/5 ml oral cup, 5 mg/5 ml solution</i>	1	PA, QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/ml, 25 mg/5 ml</i>	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml syrup, hcl 10 mg tablet, hcl 25 mg tablet, 50 mg/25 ml cup, hcl 50 mg tablet</i>	1	PA
<i>hydroxyzine pamoate</i>	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lorazepam 0.5 mg tablet, 1 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam 2 mg tablet, 2 mg/ml oral concent</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam intensol</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>oxazepam</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Bipolar Agents

Mood Stabilizers

<i>lithium carbonate</i>	1	
<i>lithium carbonate er</i>	1	
<i>lithium citrate</i>	1	
LITHOBID	1	

Blood Glucose Regulators

Antidiabetic Agents

<i>acarbose 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>acarbose 25 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>acarbose 50 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ACTOS 15 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
ACTOS 30 MG TABLET, 45 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
BYDUREON BCISE	1	PA, QL (3.4 PER 28 DAYS)
CYCLOSET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
FARXIGA 10 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FARXIGA 5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>gauze pads & dressings - pads 2 x 2</i>	1	PA
<i>glimepiride 1 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glimepiride 2 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glimepiride 4 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glipizide 10 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glipizide 2.5 mg tablet</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>glipizide 5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glipizide er 10 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glipizide er 2.5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glipizide er 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glipizide xl 10 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glipizide xl 2.5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glipizide xl 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glipizide-metformin -2.5-250 mg</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glipizide-metformin -2.5-500 mg, -5-500 mg</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
GLUCOTROL XL 10 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
GLUCOTROL XL 5 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glyburide 1.25 mg tablet</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>glyburide 2.5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glyburide 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glyburide micronized 1.5 mg tab</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glyburide micronized 3 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glyburide micronized 6 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glyburide-metformin hcl -1.25-250 mg</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glyburide-metformin hcl -2.5-500 mg, -5-500 mg</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
GLYXAMBI	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>isopropyl alcohol 0.7 ml/ml medicated pad</i>	1	PA
JANUMET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JANUMET XR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
JANUVIA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
JARDIANCE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
JENTADUETO	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TB	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	1	QL (75 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>metformin hcl 500 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl 850 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl er 500 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl er 750 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
MOUNJARO	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide 120 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>nateglinide 60 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
OZEMPIC 0.25-0.5 MG/DOSE PEN, 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<i>pioglitazone hcl 15 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>pioglitazone hcl 30 mg tablet, 45 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pioglitazone-glimepiride</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pioglitazone-metformin</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>repaglinide 0.5 mg tablet</i>	1	QL (960 PER 30 DAYS)
<i>repaglinide 1 mg tablet</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>repaglinide 2 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
RYBELSUS	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin hcl</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin-metformin er -metformin er 5-500, -metformin er 5-1000</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin-metformin er saxagliptin-2.5-1000</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SOLQUA 100-33	1	QL (18 PER 30 DAYS)
SYMLINPEN 120	1	
SYMLINPEN 60	1	
SYNJARDY 5-1,000 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TABLET, 12.5-500 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY 5-500 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 5-MG TABLET, 10-MG TABLET, 12.5-MG TAB	1	QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TRADJENTA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRULICITY	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB, 10 MG-500 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB, 5 MG-1,000 MG TABLET, 5 MG-500 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Glycemic Agents		
BAQSIMI	1	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>diazoxide</i>	1	
GLUCAGEN	1	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>glucagon emergency kit glucagon 1 mg emergency kit, glucagon emergency kit</i>	1	QL (4 PER 30 DAYS)
GVOKE	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK -PK MG/0.2 ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 1PK 0.5MG/0.1 ML	1	QL (0.4 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK -PK 1 MG/0.ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 2PK 0.5MG/0.1 ML	1	QL (0.4 PER 30 DAYS)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE -PK MG/0.2 ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE -PK 1 MG/0.ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
PROGLYCEM	1	
Insulins		
HUMALOG	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG KWIKPEN U-100	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG KWIKPEN U-200	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 75-25	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMALOG TEMPO PEN U-100	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN 70-30	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN N	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN N KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN R	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN R U-500	1	PA
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>insulin pen needle</i>	1	PA
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i>	1	PA
<i>insulin syringe (disp) u-100 1 ml</i>	1	PA
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i>	1	PA
LANTUS	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LANTUS SOLOSTAR	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV KWIKPEN U-100	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV KWIKPEN U-200	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV TEMPO PEN U-100	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>needles, insulin disp., safety</i>	1	PA
NOVOLIN 70-30	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN N	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN N FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN R	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN R FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG MIX 70-30	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG PENFILL	1	QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>omnipod 5 dexg7g6 intro(gen 5)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod 5 dexg7g6 pods (gen 5)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod 5 g6-g7 intro kt(gen5)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod 5 g6-g7 pods (gen 5)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod classic pdm kit(gen 3)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod classic pods (gen 3)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod dash intro kit (gen 4)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod dash pdm kit (gen 4)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod dash pods (gen 4)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod go pods</i>	1	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
TOUJEO MAX SOLOSTAR	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Blood Products and Modifiers

Anticoagulants

<i>dabigatran etexilate 110 mg cp</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dabigatran etexilate 75 mg cap, 150 mg cp</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG	1	QL (74 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	1	QL (30 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3 ml syr</i>	1	QL (9 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4 ml syr</i>	1	QL (12 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6 ml syr</i>	1	QL (18 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 80 mg/0.8 ml, 120 mg/0.8 ml</i>	1	QL (24 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8 ml syr</i>	1	QL (24 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5 ml syr</i>	1	QL (15 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4 ml syr</i>	1	QL (12 PER 90 OVER TIME)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6 ml syr</i>	1	QL (18 PER 90 OVER TIME)
<i>heparin sodium sod 1,000 unit/ml vial, 2,000 unit/2 ml vial, 5,000 unit/ml carpuct, sod 5,000 unit/ml syrg, sod 5,000 unit/ml vial, 10,000 unit/10 ml vial, sod 10,000 unit/ml vl, sod 20,000 unit/ml vl, 30,000 unit/30 ml vial, 40,000 unit/4 ml vial, 50,000 unit/10 ml vial, 50,000 unit/5 ml vial</i>	1	
<i>jantoven</i>	1	
LOVENOX 100 MG/ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE	1	QL (30 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SYRINGE	1	QL (9 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SYRINGE	1	QL (12 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SYRINGE	1	QL (18 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 80 MG/0.8 ML SYRINGE, 120 MG/0.8 ML SYRINGE	1	QL (24 PER 90 OVER TIME)
<i>warfarin sodium</i>	1	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION	1	QL (620 PER 30 DAYS)
XARELTO 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TABLET, 15 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
XARELTO DVT-PE TREAT START 30D	1	QL (51 PER 30 DAYS)
ZONTIVITY	1	
Blood Products and Modifiers, Other		
AGRYLIN	1	
<i>anagrelide hcl</i>	1	
ARANESP 10 MCG/0.4 ML SYRINGE, 25 MCG/0.42 ML SYRING, 25 MCG/ML VIAL, 40 MCG/0.4 ML SYRINGE, 40 MCG/ML VIAL, 60 MCG/0.3 ML SYRINGE, 60 MCG/ML VIAL, 100 MCG/0.5 ML SYRINGE, 100 MCG/ML VIAL, 150 MCG/0.3 ML SYRINGE, 200 MCG/0.4 ML SYRINGE, 200 MCG/ML VIAL, 300 MCG/0.6 ML SYRINGE, 500 MCG/1 ML SYRINGE	1	PA
FULPHILA	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
GRANIX	1	PA
LEUKINE	1	PA
NIVESTYM	1	PA
PROCRIT	1	PA
PROMACTA	1	PA
RETACRIT	1	PA
UDENYCA	1	PA
UDENYCA AUTOINJECTOR	1	PA
UDENYCA ONBODY	1	PA
ZIEXTENZO	1	PA

Hemostasis Agents

<i>tranexamic acid 650 mg tablet</i>	1	
--------------------------------------	---	--

Platelet Modifying Agents

<i>aspirin-dipyridamole er</i>	1	
--------------------------------	---	--

BRILINTA	1	
----------	---	--

CABLIVI	1	
---------	---	--

<i>cilostazol</i>	1	
-------------------	---	--

<i>clopidogrel 75 mg tablet</i>	1	
---------------------------------	---	--

<i>dipyridamole 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet</i>	1	
--	---	--

PLAVIX	1	
--------	---	--

<i>prasugrel hcl</i>	1	
----------------------	---	--

Cardiovascular Agents

Alpha-adrenergic Agonists

<i>clonidine</i>	1	
------------------	---	--

<i>clonidine hcl 0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 mg tablet</i>	1	
--	---	--

<i>droxidopa</i>	1	PA
------------------	---	----

<i>guanfacine hcl</i>	1	
-----------------------	---	--

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>telmisartan</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>valsartan 320 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>valsartan 40 mg tablet, 80 mg tablet, 160 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors		
ALTACE	1	
<i>benazepril hcl</i>	1	
<i>captopril</i>	1	
<i>enalapril maleate 2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>lisinopril</i>	1	
LOTENSIN	1	
<i>moexipril hcl</i>	1	
<i>perindopril erbumine</i>	1	
<i>quinapril hcl</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	
VASOTEC	1	
ZESTRIL	1	
Antiarrhythmics		
<i>amiodarone hcl 100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet</i>	1	
<i>dofetilide</i>	1	
<i>flecainide acetate</i>	1	
<i>mexiletine hcl</i>	1	
MULTAQ	1	
<i>pacerone pacerone 100 mg tablet, pacerone 400 mg tablet, pacerone 200 mg tablet</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>propafenone hcl</i>	1	
<i>propafenone hcl er</i>	1	
<i>quinidine gluconate er 324 mg tab</i>	1	
<i>quinidine sulfate</i>	1	
RYTHMOL SR	1	
<i>sorine</i>	1	
<i>sotalol</i>	1	
<i>sotalol af</i>	1	
TIKOSYN	1	
Beta-adrenergic Blocking Agents		
<i>acebutolol hcl</i>	1	
<i>atenolol</i>	1	
<i>betaxolol hcl 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate</i>	1	
BYSTOLIC	1	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>carvedilol er</i>	1	
COREG CR	1	
INDERAL LA	1	
INDERAL XL	1	
INNOPRAN XL	1	
<i>labetalol hcl 100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet</i>	1	
LOPRESSOR 50 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	
<i>metoprolol succinate</i>	1	
<i>metoprolol tartrate 25 mg tab, 37.5 mg tb, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab</i>	1	
<i>nadolol</i>	1	
<i>nebivolol hcl</i>	1	
<i>pindolol</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>propranolol hcl 10 mg tablet, 20 mg tablet, 20 mg/5 ml soln, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml soln, 60 mg tablet, 80 mg tablet</i>	1	
<i>propranolol hcl er</i>	1	
TENORMIN	1	
<i>timolol maleate 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	
TOPROL XL	1	
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
<i>amlodipine besylate</i>	1	
<i>felodipine er</i>	1	
<i>isradipine</i>	1	
<i>nicardipine hcl 20 mg capsule, 30 mg capsule</i>	1	
<i>nifedipine</i>	1	
<i>nifedipine er</i>	1	
<i>nimodipine 30 mg capsule</i>	1	
<i>nisoldipine er 8.5 mg tablet, er 17 mg tablet, er 25.5 mg tablet, er 34 mg tablet</i>	1	
NORVASC	1	
PROCARDIA XL	1	
SULAR	1	
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
CARDIZEM	1	
CARDIZEM CD	1	
CARDIZEM LA	1	
<i>cartia xt</i>	1	
<i>dilt-xr</i>	1	
<i>diltiazem 12hr er</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>	1	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BENICAR HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CORLANOR 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLN	1	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
DEMSER	1	
<i>digitek</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>digoxin 0.05 mg/ml solution</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>digoxin 0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 62.5 mcg tablet, 125 mcg tablet, 250 mcg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DIOVAN HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDARBYCLOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	1	
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET, 97 MG-103 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ENTRESTO SPRINKLE	1	QL (240 PER 30 DAYS)
EXFORGE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EXFORGE HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	
HYZAAR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
LANOXIN 62.5 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 250 MCG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>methazolamide</i>	1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metyrosine</i>	1	
MICARDIS HCT 40-12.5 MG TABLET, 80-25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MICARDIS HCT 80-12.5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pentoxifylline</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ranolazine er</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>spironolactone-hctz</i>	1	
TEKTURNA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>telmisartan-amlodipine</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid -40-12.5 mg tb, -80-25 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid -hctz 80-12.5 mg tb</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TENORETIC 100	1	
TENORETIC 50	1	
<i>trandolapril-verapamil er</i>	1	
TRIBENZOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VASERETIC	1	
ZESTORETIC	1	
ZIAC	1	
Diuretics, Loop		
<i>bumetanide</i>	1	
<i>furosemide 10 mg/ml solution, 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml soln, 80 mg tablet, 100 mg/10 ml vial, 500 mg/50 ml vial, 1,000 mg/100 ml vl</i>	1	
LASIX	1	
<i>torseamide</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Diuretics, Potassium-sparing		
<i>amiloride hcl</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid -37.5-25 mg cp, -37.5-25 mg tb, -75-50 mg tab</i>	1	
Diuretics, Thiazide		
<i>chlorthalidone</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>indapamide</i>	1	
<i>metolazone</i>	1	
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
<i>fenofibrate 43 mg capsule, 48 mg tablet, 54 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fenofibrate 67 mg capsule, 130 mg capsule, 134 mg capsule, 145 mg tablet, 160 mg tablet, 200 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fenofibric acid dr 135 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fenofibric acid dr 45 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>gemfibrozil</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LOPID	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors		
<i>atorvastatin calcium 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>atorvastatin calcium 80 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CRESTOR 40 MG TABLET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
CRESTOR 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	ST, QL (45 PER 30 DAYS)
<i>fluvastatin er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fluvastatin sodium</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LIPITOR 10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	ST, QL (45 PER 30 DAYS)
LIPITOR 80 MG TABLET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lovastatin</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>pravastatin sodium 80 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rosuvastatin calcium 40 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rosuvastatin calcium 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>simvastatin 20 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>simvastatin 5 mg tablet, 10 mg tablet, 40 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>simvastatin 80 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZOCOR 10 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	ST, QL (45 PER 30 DAYS)
ZOCOR 20 MG TABLET	1	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
Dyslipidemics, Other		
<i>cholestyramine</i>	1	
<i>cholestyramine light</i>	1	
COLESTID 1 GM TABLET	1	
<i>colestipol hcl</i>	1	
<i>ezetimibe</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>icosapent ethyl 0.5 gm capsule, 500 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>icosapent ethyl 1 gram capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
JUXTAPID 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE	1	PA
<i>niacin er 500 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>niacin er er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	1	
<i>prevalite</i>	1	
REPATHA PUSHTRONEX	1	PA, QL (7 PER 28 DAYS)
REPATHA SURECLICK	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
REPATHA SYRINGE	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>triklo</i>	1	
VASCEPA 0.5 GM CAPSULE	1	QL (240 PER 30 DAYS)
VASCEPA 1 GM CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
VYTORIN	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
ZETIA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Mineralocorticoid Receptor Antagonists		
ALDACTONE	1	
<i>eplerenone</i>	1	
INSPRA	1	
KERENDIA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>spironolactone 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	
Vasodilators, Direct-acting Arterial		
<i>hydralazine hcl 10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	
<i>minoxidil 2.5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous		
ISORDIL TITRADOSE	1	
<i>isosorbide dinitrate 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	
NITRO-BID	1	
<i>nitroglycerin 0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, 0.4% ointment, 0.6 mg tablet sl, 400 mcg spray</i>	1	
<i>nitroglycerin patch</i>	1	
NITROLINGUAL	1	
NITROSTAT	1	
RECTIV	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 10 mg tab</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 5 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er er 10 mg cap, er 15 mg cap</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine-amphet er -er 5 mg cap, -er 10 mg cap, -er 15 mg cap, -er 20 mg cap, -er 25 mg cap, -er 30 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine-amphetamine -20 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine-amphetamine - amphetam 7.5 mg tab, -amphetam 12.5 mg tab, -amphetamin 10 mg tab, - amphetamin 15 mg tab, -amphetamin 30 mg tab, -amphetamine 5 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lisdexamfetamine dimesylate 10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule, 50 mg capsule, 60 mg capsule, 70 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VYVANSE 10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE, 70 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zenzedi 10 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>zenzedi 5 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)

Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines

<i>atomoxetine hcl 10 mg capsule, 18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FOCALIN	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>guanfacine hcl er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate er 20 mg tab</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg/5 ml sol</i>	1	PA, QL (900 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg/5 ml soln</i>	1	PA, QL (450 PER 30 DAYS)
RITALIN	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
STRATTERA 10 MG CAPSULE, 18 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
STRATTERA 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Central Nervous System, Other		
AUSTEDO 6 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO 9 MG TABLET, 12 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET, 18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET, 42 MG TABLET, 48 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) KT(6-12-24 MG)	1	PA, QL (42 PER 28 DAYS)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) TITR(12-18-24-30MG)	1	PA, QL (28 PER 28 DAYS)
NUEDEXTA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>riluzole</i>	1	
<i>tetrabenazine 12.5 mg tablet</i>	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
VEOZAH	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
XENAZINE 12.5 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
XENAZINE 25 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
Multiple Sclerosis Agents		
AMPYRA	1	PA
AVONEX 30 MCG/0.5 ML SYRINGE, PREFILLED SYR 30 MCG KT	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
AVONEX PEN	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
BETASERON	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>dalfampridine er</i>	1	PA
<i>dimethyl fumarate</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fingolimod</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GILENYA 0.5 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
KESIMPTA PEN	1	PA, QL (1.6 PER 28 DAYS)
PLEGRIDY	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
PLEGRIDY PEN	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
TECFIDERA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VUMERITY	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
Dental and Oral Agents		
<i>cevimeline hcl</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate 0.12% 15 ml cup, 0.12% rinse</i>	1	
<i>kourzeq</i>	1	
<i>oralone</i>	1	
<i>periogard</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>pilocarpine hcl 5 mg tablet, 7.5 mg tablet</i>	1	
SALAGEN	1	
<i>triamcinolone acetonide 0.1% paste</i>	1	

Dermatological Agents

Acne and Rosacea Agents

<i>accutane</i>	1	
<i>acitretin</i>	1	
<i>amnesteam</i>	1	
AVITA	1	PA
<i>azelaic acid</i>	1	
AZELEX	1	
BENZAMYCIN	1	
<i>claravis</i>	1	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox -1.2-5%</i>	1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide -benzoyl 1-5%, -bnz 1-5% pmp</i>	1	
<i>doxycycline ir-dr</i>	1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>	1	
FINACEA	1	
<i>isotretinoin</i>	1	
KLARON	1	
<i>myorisan</i>	1	
<i>neuac</i>	1	
ORACEA	1	
RETIN-A	1	PA
<i>sulfacetamide sodium sod 10% top susp, sodium 10% lotn</i>	1	
<i>tazarotene 0.05% gel, 0.1% cream, 0.1% gel</i>	1	PA
TAZORAC 0.05% CREAM, 0.05% GEL, 0.1% GEL	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tretinoin 0.01% gel, 0.025% cream, 0.025% gel, 0.05% cream, 0.1% cream</i>	1	PA
<i>zenatane</i>	1	
Dermatitis and Pruitus Agents		
ALA-CORT -1% CREAM	1	
<i>alclometasone dipropionate</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ammonium lactate</i>	1	
<i>betamethasone diprop augmented 0.05% crm, 0.05% gel, 0.05% oin</i>	1	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>betamethasone diprop augmented dp 0.05% lot</i>	1	QL (210 PER 30 DAYS)
<i>betamethasone dipropionate 0.05% crm, 0.05% oint</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
<i>betamethasone dipropionate dp 0.05% lot</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>betamethasone valerate 0.1% lotion</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>betamethasone valerate va 0.1% cream, valer 0.1% ointm</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
<i>clobetasol emollient 0.05% crm</i>	1	QL (210 PER 28 DAYS)
<i>clobetasol propionate 0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment</i>	1	QL (210 PER 28 DAYS)
<i>clobetasol propionate 0.05% shampoo</i>	1	QL (236 PER 30 DAYS)
<i>clobetasol propionate 0.05% solution, prop 0.05% foam</i>	1	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>clodan</i>	1	QL (236 PER 30 DAYS)
<i>desonide 0.05% cream, 0.05% ointment</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>desonide 0.05% lotion</i>	1	QL (118 PER 30 DAYS)
<i>desoximetasone 0.05% cream, 0.05% gel, 0.25% cream, 0.25% ointment</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
DIPROLENE	1	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>doxepin hcl 5% cream</i>	1	PA
ELIDEL	1	PA
<i>fluocinolone acetonide 0.01% body, 0.01% scalp</i>	1	QL (118.28 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fluocinolone acetonide 0.01% cream, 0.01% solution, 0.025% cream, 0.025% ointment</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluocinonide 0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluocinonide 0.1% cream</i>	1	QL (240 PER 28 DAYS)
<i>fluocinonide-e</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 0.005% oint, 0.05% cream</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>halobetasol propionate 0.05% cream, 0.05% ointmnt</i>	1	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>hydrocortisone 1% cream, 1% ointment</i>	1	
<i>hydrocortisone 2.5% lotion</i>	1	QL (118 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone 2.5% ointment</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone butyrate 0.1% soln</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone butyrate hydrocort buty 0.1% lipid crm, hydrocort buty 0.1% lipo cream, hydrocortisone buty 0.1% cream, hydrocortisone butyr 0.1% oint</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone valerate</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
LOCOID LIPOCREAM	1	QL (135 PER 30 DAYS)
<i>mometasone furoate 0.1% cream, 0.1% oint</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>pimecrolimus</i>	1	PA
PRUDOXIN	1	PA
<i>selenium sulfide 2.5% lotion</i>	1	
<i>tacrolimus 0.03%, 0.1%</i>	1	PA
<i>triamcinolone acetonide 0.025% cream, 0.025% oint, 0.1% cream, 0.1% ointment, 0.5% cream</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>triamcinolone acetonide 0.025% lotion, 0.1% lotion, 0.5% ointment</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>triderm 0.5% cream</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
ZONALON	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Dermatological Agents, Other		
<i>calcipotriene 0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>calcitrene</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	1	
<i>diclofenac sodium 3% gel</i>	1	PA
EFUDEX	1	
<i>fluorouracil 0.5% cream, 2% topical soln, 5% cream, 5% topical soln</i>	1	
<i>imiquimod 5% cream packet</i>	1	PA
<i>methoxsalen</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone</i>	1	
OTEZLA 10-20 MG STARTER 28 DAY, 10-20-30MG START 28 DAY, 20 MG TABLET, 30 MG TABLET	1	PA
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	1	
REG GRANEX	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
SANTYL	1	QL (180 PER 30 DAYS)
SILVADENE	1	
<i>silver sulfadiazine</i>	1	
SSD	1	
Pediculicides/Scabicides		
<i>ivermectin 1% cream</i>	1	PA
<i>malathion</i>	1	
OVIDE	1	
<i>permethrin</i>	1	
SOOLANTRA	1	PA
Topical Anti-infectives		
<i>gentamicin sulfate 0.1% cream, 0.1% ointment</i>	1	
METROCREAM	1	

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

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

Electrolytes/Minerals/ Metals/ Vitamins

Electrolyte/Mineral Replacement

<i>aqua care sodium chloride</i>	1	
CARBAGLU	1	PA
<i>carglumic acid</i>	1	PA
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.2% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.225% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.45% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.9% nacl</i>	1	
<i>kcl-d5w-0.2% nacl</i>	1	
<i>kcl-d5w-0.225% nacl 10meq/500ml--0.225%nacl, 20 meq/l--0.225% nacl</i>	1	
<i>kcl-d5w-0.45% nacl</i>	1	
KLOR-CON 10	1	
KLOR-CON 8	1	
<i>klor-con m10</i>	1	
KLOR-CON M15	1	
<i>klor-con m20</i>	1	
<i>magnesium sulfate 50% 1 g/2 ml, 50% 10g/20ml, 50% 25g/50ml, 50% 5 g/10ml, 50% syringe</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>potassium chloride cl10%(20meq/15ml)cup, cl10%(40meq/30ml)cup, cl20%(40meq/15ml)cup, cl 2 meq/ml conc, cl 10 meq/5 ml conc, cl 10% (20 meq/15ml), cl 10% (40 meq/30ml), cl 20 meq/10 ml conc, cl 20% (40 meq/15ml), cl 40 meq/20 ml conc, cl 60 meq/30 ml conc, cl er 8 meq capsule, cl er 8 meq tablet, cl er 10 meq capsule, cl er 10 meq tablet, cl er 15 meq tablet, cl er 20 meq tablet</i>	1	
<i>potassium chloride in d5lr kcl 20 meqd5w- lact ringer</i>	1	
<i>potassium chloride proamp</i>	1	
<i>potassium chloride-0.45% nacl</i>	1	
<i>potassium chloride-dextrose 5% kcl 20 meq/l in d5w solution</i>	1	
<i>potassium citrate er</i>	1	
<i>sodium chloride saline 0.45% soln-excel con, sodium chloride 0.45% soln, sodium chloride 0.9% 100 ml, sodium chloride 0.9% 1,000 ml, sodium chloride 0.9% 250 ml, sodium chloride 0.9% 50 ml, sodium chloride 0.9% 500 ml, sodium chloride 0.9% ampule, sodium chloride 0.9% irrig, sodium chloride 0.9% irrig., sodium chloride 0.9% prcss sol, sodium chloride 0.9% sol-excel, sodium chloride 0.9% soln, sodium chloride 0.9% solution, sodium chloride 0.9% vial</i>	1	
<i>sodium chloride-water</i>	1	
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
CHEMET	1	
<i>deferasirox 90 mg granule pkt, 90 mg tablet, 125 mg tb for susp, 180 mg granule pkt, 180 mg tablet, 250 mg tb for susp, 360 mg granule pkt, 360 mg tablet, 500 mg tb for susp</i>	1	PA
EXJADE	1	PA
JADENU	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
JADENU SPRINKLE	1	PA
SAMSCA	1	PA
SYPRINE	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tolvaptan</i>	1	PA
<i>trientine hcl 250 mg capsule</i>	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>dextrose in water 5%-100 ml, 5%-50 ml, 5%-iv soln, 10%-iv solution</i>	1	
<i>glucose in water 5%-100 ml, 5%-50 ml</i>	1	
INTRALIPID 20% IV FAT EMUL	1	PA
NUTRILIPID	1	PA
TRAVASOL	1	PA
TROPHAMINE	1	PA
Phosphate Binders		
AURYXIA	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
<i>calcium acetate 667 mg capsule, 667 mg gelcap, 667 mg tablet</i>	1	
FOSRENOL 500 MG TABLET CHEW	1	QL (90 PER 30 DAYS)
FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET, 750 MG TABLET CHEW	1	QL (180 PER 30 DAYS)
FOSRENOL MG POWDER PACK, MG TABLET CHEW	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>lanthanum carbonate 1,000 mg tb chw</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>lanthanum carbonate 500 mg tab chew</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lanthanum carbonate 750 mg tab chew</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
REVELA 0.8 GM POWDER PACKET	1	QL (270 PER 30 DAYS)
REVELA 2.4 GM POWDER PACKET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
REVELA 800 MG TABLET	1	
<i>sevelamer carbonate 0.8 gm powder packet</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)
<i>sevelamer carbonate 2.4 gm powder packet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VELPHORO	1	QL (180 PER 30 DAYS)
Potassium Binders		
<i>kionex</i>	1	
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	1	
SPS	1	
VELTASSA	1	
Gastrointestinal Agents		
Anti-Constipation Agents		
<i>constulose</i>	1	
<i>enulose</i>	1	
<i>generlac</i>	1	
<i>lactulose 10 gm/15 ml soln cup, 10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml soln cup, 20 gm/30 ml solution</i>	1	
LINZESS	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lubiprostone 24 mcg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lubiprostone 8 mcg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
MOVANTIK	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML VIAL	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
RELISTOR 150 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE	1	PA, QL (12 PER 30 DAYS)
Anti-Diarrheal Agents		
<i>alose tron hcl</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>diphenoxylate-atropine -2.5-0.025</i>	1	PA
<i>loperamide 2 mg capsule</i>	1	
LOTRONEX	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VIBERZI	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
XERMELO	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antispasmodics, Gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl 10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet</i>	1	PA
<i>glycopyrrolate 1 mg tablet, 2 mg tablet</i>	1	
<i>methscopolamine bromide</i>	1	
Gastrointestinal Agents, Other		
<i>bismuth-metronidazole-tetracyc</i>	1	
CHENODAL	1	PA
GATTEX	1	PA
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i>	1	
<i>gavilyte-n</i>	1	
GOLYTELY	1	
<i>metoclopramide hcl 5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml cup, 10 mg/10 ml sol</i>	1	
MOVIPREP	1	
MYALEPT	1	PA
OCALIVA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>peg 3350-electrolyte -solution</i>	1	
<i>peg-3350 and electrolytes</i>	1	
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i>	1	
PYLERA	1	
REGLAN	1	
<i>sod sulf-potass sulf-mag sulf</i>	1	
SUPREP	1	
SUTAB	1	
<i>ursodiol 250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet</i>	1	
VOWST	1	PA, QL (12 PER 56 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists		
<i>cimetidine 200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet</i>	1	
<i>famotidine 20 mg tablet, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml susp</i>	1	
<i>nizatidine 150 mg capsule, 300 mg capsule</i>	1	
Protectants		
CARAFATE	1	
CYTOTEC	1	
<i>misoprostol</i>	1	
<i>sucralfate</i>	1	
Proton Pump Inhibitors		
<i>esomeprazole magnesium dr 10 mg packet, dr 20 mg packet, dr 40 mg packet, mag dr 20 mg cap, mag dr 40 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule, dr 30 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
NEXIUM DR 10 MG PACKET, DR 20 MG CAPSULE, DR 20 MG PACKET, DR 40 MG CAPSULE, DR 40 MG PACKET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
NEXIUM DR 2.5 MG PACKET, DR 5 MG PACKET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>omeprazole dr 10 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>omeprazole dr 20 mg capsule, dr 40 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pantoprazole sodium dr 20 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pantoprazole sodium dr 40 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PREVACID DR 30 MG CAPSULE	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
PROTONIX DR 20 MG TABLET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
PROTONIX DR 40 MG TABLET	1	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>rabeprazole sodium dr 20 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
<i>betaine anhydrous</i>	1	
BUPHENYL 500 MG TABLET	1	PA
CARNITOR 1 GM/10 ML ORAL SOLN, 100 MG/ML ORAL SOLN, 330 MG TABLET	1	
CARNITOR SF	1	
CEREZYME	1	PA
CREON	1	
<i>cromolyn sodium 100 mg/5 ml oral conc</i>	1	
CRYSVITA	1	PA
CYSTADANE	1	
CYSTAGON	1	PA
ELELYSO	1	PA
ENDARI	1	PA
KUVAN	1	PA
<i>L-glutamine -glutamine 5 gram powder pkt</i>	1	PA
<i>levocarnitine 1 g/10 ml cup, 1 g/10 ml soln, 330 mg tablet, 500 mg/5 ml cup</i>	1	
<i>levocarnitine sf</i>	1	
<i>miglustat</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>nitisinone</i>	1	
ORFADIN	1	
PALYNZIQ	1	PA
PROLASTIN C	1	PA
REVCOVI	1	
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	1	PA
<i>sodium phenylbutyrate</i>	1	PA
STRENSIQ	1	PA
VPRIV	1	PA
VYNDAMAX	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

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

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

Genitourinary Agents

Antispasmodics, Urinary

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

Benign Prostatic Hypertrophy Agents

<i>alfuzosin hcl er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
-------------------------	---	---------------------

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
AVODART	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dutasteride</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>finasteride 5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FLOMAX	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PROSCAR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RAPAFLO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>silodosin</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tadalafil 2.5 mg tablet, 5 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tamsulosin hcl</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Contraceptives, Other		
LILETTA	1	
NEXPLANON	1	
SKYLA	1	
Genitourinary Agents, Other		
<i>bethanechol chloride</i>	1	
DEPEN	1	
<i>penicillamine 250 mg tablet</i>	1	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Adrenal)		
ACTHAR	1	PA
ACTHAR SELFJECT	1	PA
CORTEF	1	
<i>dexamethasone</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate</i>	1	
HEMADY	1	
<i>hidex</i>	1	
<i>hydrocortisone 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	
MEDROL 4 MG DOSEPAK, 4 MG TABLET, 8 MG TABLET, 16 MG TABLET	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>methylprednisolone</i>	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln, 15mg/5ml soln cup</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate 5 mg/5 ml soln, sod ph 25 mg/5 ml</i>	1	
<i>prednisone</i>	1	
<i>taperdex 6 day 1.5 mg tablet</i>	1	

Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Pituitary)

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

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

Androgens

ANDROGEL 1.62% PUMP	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>danazol</i>	1	PA
DEPO-TESTOSTERONE	1	PA
<i>methyltestosterone</i>	1	PA
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk</i>	1	PA, QL (225 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk, 12.5 mg/1.25 gram, 50 mg/5 gram gel, 50 mg/5 gram pkt</i>	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt, 1.62% gel pump</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 1.62%(1.25 g) pkt</i>	1	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>testosterone cypionate</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate</i>	1	PA
Estrogens		
DEPO-ESTRADIOL	1	
DIVIGEL	1	
<i>dotti</i>	1	
ESTRACE 0.01% CREAM	1	
<i>estradiol (once weekly)</i>	1	
<i>estradiol (twice weekly)</i>	1	
<i>estradiol 0.01% cream, 0.1% (0.25mg) gel pk, 0.1% (0.5mg) gel pkt, 0.1% (0.75mg) gel pk, 0.1% (1 mg) gel pkt, 0.1% (1.25mg) gel pk, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 10 mcg vaginal insrt</i>	1	
<i>estradiol valerate</i>	1	
ESTRING	1	
<i>lyllana</i>	1	
MENEST	1	
PREMARIN 0.3 MG TABLET, 0.45 MG TABLET, 0.625 MG TABLET, 0.9 MG TABLET, 1.25 MG TABLET, VAGINAL CREAM-APPL	1	
VAGIFEM	1	
<i>yuvafem</i>	1	
<i>afirmelle</i>	1	
<i>altavera</i>	1	
<i>alyacen</i>	1	
<i>amabelz</i>	1	
<i>amethia</i>	1	
<i>amethyst</i>	1	
<i>apri</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>aranelle</i>	1	
<i>ashlyna</i>	1	
<i>aubra</i>	1	
<i>aubra eq</i>	1	
<i>aurovela</i>	1	
<i>aurovela 24 fe</i>	1	
<i>aurovela fe</i>	1	
<i>aviane</i>	1	
<i>ayuna</i>	1	
<i>azurette</i>	1	
<i>balziva</i>	1	
<i>blisovi 24 fe</i>	1	
<i>blisovi fe</i>	1	
<i>briellyn</i>	1	
<i>camrese</i>	1	
<i>camrese lo</i>	1	
<i>chateal</i>	1	
<i>chateal eq</i>	1	
COMBIPATCH	1	
<i>cryselle</i>	1	
<i>cyred</i>	1	
<i>cyred eq</i>	1	
<i>dasetta</i>	1	
<i>daysee</i>	1	
<i>desogestr-eth estrad eth estra</i>	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>dolishale</i>	1	
<i>drospirenone-eth estra-levomef</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>elinest</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>eluryng</i>	1	
<i>enilloring</i>	1	
<i>enpresse</i>	1	
<i>enskyce</i>	1	
<i>estarylla</i>	1	
<i>estradiol-norethindrone acetat</i>	1	
<i>ethynodiol-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>falmina</i>	1	
<i>femynor</i>	1	
<i>fyavolv 1 mg-5 mcg tablet</i>	1	
<i>gemmily</i>	1	
<i>hailey</i>	1	
<i>hailey 24 fe</i>	1	
<i>hailey fe</i>	1	
<i>haloette</i>	1	
<i>iclevia</i>	1	
<i>introvale</i>	1	
<i>isibloom</i>	1	
<i>jaimiess</i>	1	
<i>jasmiel</i>	1	
<i>jinteli</i>	1	
<i>jolessa</i>	1	
<i>juleber</i>	1	
<i>junel</i>	1	
<i>junel fe</i>	1	
<i>junel fe 24</i>	1	
<i>kaitlib fe</i>	1	
<i>kalliga</i>	1	
<i>kariva</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>kelnor 1-35</i>	1	
<i>kelnor 1-50</i>	1	
<i>kurvelo</i>	1	
<i>larin</i>	1	
<i>larin 24 fe</i>	1	
<i>larin fe</i>	1	
LAYOLIS FE	1	
<i>leena</i>	1	
<i>lessina</i>	1	
<i>levonest</i>	1	
<i>levonorg-eth estrad eth estrad lvono-strad 0.15-0.03-0.01, lvonor-strad 0.1-0.02-0.01</i>	1	
<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>	1	
<i>levora-28</i>	1	
<i>lo-zumandimine</i>	1	
LOESTRIN	1	
LOESTRIN FE	1	
<i>lojaimiess</i>	1	
<i>loryna</i>	1	
<i>low-ogestrel</i>	1	
<i>lutra</i>	1	
<i>marlissa</i>	1	
<i>merzee</i>	1	
<i>microgestin</i>	1	
<i>microgestin 24 fe</i>	1	
<i>microgestin fe</i>	1	
<i>mili</i>	1	
<i>mimvey</i>	1	
<i>mono-lynyah</i>	1	
<i>necon</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nikki</i>	1	
<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	1	
<i>norethin-eth estra-ferrous fum</i>	1	
<i>norethindron-ethinyl estradiol norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb, norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg, norethind-eth estrad 1-0.02 mg</i>	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron --1 mg/20-30-35 mcg, --1-0.02(21)-75 tab, --1-0.02(24)-75 cap, --1.5-0.03mg(21)-75</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>nortrel</i>	1	
NUVARING	1	
<i>nylia</i>	1	
<i>nymyo</i>	1	
<i>ocella</i>	1	
<i>philith</i>	1	
<i>pimtrea</i>	1	
<i>portia</i>	1	
PREMPHASE	1	
PREMPRO	1	
<i>reclipsen</i>	1	
<i>setlakin</i>	1	
<i>simliya</i>	1	
<i>simpesse</i>	1	
<i>sprintec</i>	1	
<i>sronyx</i>	1	
<i>syeda</i>	1	
<i>tarina 24 fe</i>	1	
<i>tarina fe</i>	1	
<i>tarina fe 1-20 eq</i>	1	
<i>taysofy</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tilia fe</i>	1	
<i>tri-estarylla</i>	1	
<i>tri-legest fe</i>	1	
<i>tri-linyah</i>	1	
<i>tri-lo-estarylla</i>	1	
<i>tri-lo-marzia</i>	1	
<i>tri-lo-mili</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec</i>	1	
<i>tri-mili</i>	1	
<i>tri-nymyo</i>	1	
<i>tri-sprintec</i>	1	
<i>tri-vylibra</i>	1	
<i>tri-vylibra lo</i>	1	
<i>trivora-28</i>	1	
<i>turqoz</i>	1	
TYBLUME	1	
<i>tydemy</i>	1	
<i>velivet</i>	1	
<i>vestura</i>	1	
<i>vienva</i>	1	
<i>viorele</i>	1	
<i>volnea</i>	1	
<i>vyfemla</i>	1	
<i>vylibra</i>	1	
<i>wera</i>	1	
<i>wymzya fe</i>	1	
<i>xulane</i>	1	
YASMIN 28	1	
YAZ	1	
<i>zafemy</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>zovia 1-35</i>	1	
<i>zumandimine</i>	1	
Progestins		
<i>camila</i>	1	
<i>deblitane</i>	1	
DEPO-PROVERA -150 MG/ML SYRINGE, - 150 MG/ML VIAL	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	1	
<i>emzahh</i>	1	
<i>errin</i>	1	
<i>heather</i>	1	
<i>incassia</i>	1	
<i>jencycla</i>	1	
<i>lyleq</i>	1	
<i>lyza</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	1	
<i>megestrol acetate 20 mg tablet, 40 mg tablet, acet 40 mg/ml susp, 400 mg/10 ml cup, 400 mg/10ml susp cup, acet 400 mg/10 ml</i>	1	
<i>nora-be nora-be, nora-be</i>	1	
<i>norethindrone</i>	1	
<i>norethindrone ac (lupaneta)</i>	1	
<i>norethindrone acetate</i>	1	
OJEMDA 100 MG TAB (400MG DOSE), 100 MG TAB (600MG DOSE)	1	PA, QL (24 PER 28 DAYS)
<i>progesterone 100 mg capsule, 200 mg capsule</i>	1	
PROVERA	1	
<i>sharobel</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents		
DUAVEE	1	
EVISTA	1	
<i>raloxifene hcl</i>	1	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Thyroid)		
CYTOMEL	1	
EUTHYROX	1	
LEVO-T	1	
<i>levothyroxine sodium 25 mcg tablet, 50 mcg tablet, 75 mcg tablet, 88 mcg tablet, 100 mcg tablet, 112 mcg tablet, 125 mcg tablet, 137 mcg tablet, 150 mcg tablet, 175 mcg tablet, 200 mcg tablet, 300 mcg tablet</i>	1	
LEVOXYL	1	
<i>liothyronine sodium 5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab</i>	1	
SYNTHROID	1	
TIROSINT	1	
TIROSINT-SOL	1	
UNITHROID	1	
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
<i>cabergoline</i>	1	
ELIGARD	1	PA
FIRMAGON	1	
KORLYM	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>leuprolide acetate</i>	1	PA
<i>leuprolide depot</i>	1	PA
LUPRON DEPOT (LUPANETA) 3.75MG	1	PA
LUPRON DEPOT 3.75 MG KIT, -4 MONTH KIT, 7.5 MG KIT	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LUPRON DEPOT-PED -11.25 MG 3MO, -45 MG 6MO KIT, -7.5 MG KIT	1	PA
<i>mifepristone 300 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>octreotide acetate</i>	1	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT	1	PA
SIGNIFOR	1	PA
SIGNIFOR LAR	1	PA
SOMATULINE DEPOT	1	PA
SOMAVERT	1	PA
SYNAREL	1	
TRELSTAR	1	PA

Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)

Antithyroid Agents

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

Immunological Agents

Angioedema Agents

CINRYZE	1	PA, QL (20 PER 30 DAYS)
FIRAZYR	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
HAEGARDA 2,000 UNIT VIAL	1	PA, QL (27 PER 28 DAYS)
HAEGARDA 3,000 UNIT VIAL	1	PA, QL (18 PER 28 DAYS)
<i>icatibant</i>	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sajazir</i>	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)

Immunoglobulins

ATGAM	1	PA
GAMMAGARD LIQUID	1	PA
GAMMAGARD S-D	1	PA
GAMMAPLEX	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
GAMUNEX-C	1	PA
THYMOGLOBULIN	1	PA
Immunological Agents, Other		
ARCALYST	1	PA
BENLYSTA 200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE	1	PA
COSENTYX (2 SYRINGES)	1	PA
COSENTYX SENSOREADY (2 PENS)	1	PA
COSENTYX SENSOREADY PEN	1	PA
COSENTYX SYRINGE	1	PA
COSENTYX UNOREADY PEN	1	PA
DUPIXENT PEN	1	PA
DUPIXENT SYRINGE	1	PA
ORENCIA	1	PA
ORENCIA CLICKJECT	1	PA
RIDAURA	1	
RINVOQ	1	PA
RINVOQ LQ	1	PA
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE, 600 MG/10 ML VIAL	1	PA
SKYRIZI ON-BODY	1	PA
SKYRIZI PEN	1	PA
STELARA	1	PA
TREMFYA 100 MG/ML INJECTOR, 100 MG/ML SYRINGE	1	PA
XOLAIR	1	PA
Immunostimulants		
ACTIMMUNE	1	PA
BESREMI	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
PEGASYS	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Immunosuppressants		
ASTAGRAF XL	1	PA
AZASAN	1	PA
<i>azathioprine</i>	1	PA
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET	1	PA
<i>cyclosporine 25 mg capsule, 100 mg capsule</i>	1	PA
<i>cyclosporine modified</i>	1	PA
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE, 25 MG/0.5 ML VIAL, 50 MG/ML SYRINGE	1	PA
ENBREL MINI	1	PA
ENBREL SURECLICK	1	PA
ENVARUSUS XR	1	PA
<i>everolimus 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet</i>	1	PA
<i>engraf</i>	1	PA
HADLIMA	1	PA
HADLIMA PUSHTOUCH	1	PA
HADLIMA(CF)	1	PA
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH	1	PA
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	1	PA
HUMIRA PEN	1	PA
HUMIRA(CF)	1	PA
HUMIRA(CF) PEN	1	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	1	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	1	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	1	PA
IMURAN	1	PA
<i>leflunomide</i>	1	
<i>methotrexate</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>methotrexate sodium</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet</i>	1	PA
<i>mycophenolic acid</i>	1	PA
MYFORTIC 180 MG TABLET	1	PA
MYHIBBIN	1	PA
NEORAL	1	PA
PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET, 0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 1 MG GRANULE PACKET, 5 MG CAPSULE	1	PA
RAPAMUNE 1 MG/ML ORAL SOLN	1	PA
RENFLEXIS	1	PA
REZUROCK	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 100 MG/ML SOLN	1	PA
<i>sirolimus</i>	1	PA
<i>tacrolimus 0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule (ir), 5 mg capsule (ir)</i>	1	PA
XATMEP	1	PA
ZORTRESS	1	PA
Vaccines		
ABRYSVO	1	QL (1 PER 365 OVER TIME)
ACTHIB	1	
ADACEL TDAP	1	
AREXVY	1	QL (1 PER 999 OVER TIME)
BCG VACCINE (TICE STRAIN)	1	
BEXSERO	1	
BOOSTRIX TDAP	1	
DAPTACEL DTAP	1	
DENGVAXIA	1	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ENGERIX-B ADULT	1	PA
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	1	PA
GARDASIL 9	1	
HAVRIX	1	
HEPLISAV-B -20 MCG/0.5 ML SYRNG	1	PA
HIBERIX	1	
IMOVAX RABIES VACCINE	1	PA
INFANRIX DTAP	1	
IPOL	1	
IXCHIQ	1	
IXIARO	1	
JYNNEOS	1	PA
JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE)	1	PA
KINRIX	1	
M-M-R II VACCINE	1	
MENACTRA	1	
MENQUADFI	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	1	
MRESVIA	1	QL (0.5 PER 999 OVER TIME)
PEDIARIX	1	
PEDVAXHIB	1	
PENBRAYA	1	
PENTACEL	1	
PREHEVBRIO	1	PA
PRIORIX	1	
PROQUAD	1	
QUADRACEL DTAP-IPV	1	
RABAVERT	1	PA
RECOMBIVAX HB	1	PA
ROTARIX	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ROTATEQ	1	
SHINGRIX	1	QL (2 PER 999 OVER TIME)
STAMARIL	1	
TDVAX	1	PA
TENIVAC	1	PA
TICOVAC	1	
TRUMENBA	1	
TWINRIX	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA	1	
VARIVAX VACCINE	1	
YF-VAX	1	

Inflammatory Bowel Disease Agents

Aminosalicylates

APRISO	1	QL (120 PER 30 DAYS)
AZULFIDINE	1	
<i>balsalazide disodium</i>	1	
CANASA	1	
COLAZAL	1	
DELZICOL	1	QL (180 PER 30 DAYS)
DIPENTUM	1	
LIALDA	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine 4 gm/60 ml enema, 4 gm/60 ml kit, 1,000 mg supp</i>	1	
<i>mesalamine 800 mg dr tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine dr</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine er 0.375 gram cap</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine er 500 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PENTASA 250 MG CAPSULE	1	QL (480 PER 30 DAYS)
PENTASA 500 MG CAPSULE	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ROWASA 4 GM/60 ML ENEMA KIT	1	
SFROWASA	1	
<i>sulfasalazine</i>	1	
<i>sulfasalazine dr</i>	1	
Glucocorticoids		
<i>budesonide dr</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>budesonide ec</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>budesonide er</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone 100 mg/60 ml</i>	1	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>procto-med hc</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>proctosol-hc</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>proctozone-hc</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>alendronate sodium 35 mg tab, 70 mg tab</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
ATELVIA	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>calcitonin-salmon -200 unit spr</i>	1	
<i>calcitriol 0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml solution</i>	1	
<i>cinacalcet hcl</i>	1	PA
FORTEO	1	PA
FOSAMAX	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	1	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>paricalcitol 1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 4 mcg capsule</i>	1	
PROLIA	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	1	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>risedronate sodium 5 mg tablet, 30 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>risedronate sodium dr</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
ROCALTROL	1	
SENSIPAR	1	PA
TERIPARATIDE 620 MCG/2.48 ML	1	PA
TYMLOS	1	PA
XGEVA	1	PA

Ophthalmic Agents

Ophthalmic Agents, Other

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Ophthalmic Anti-Infectives		
<i>ak-poly-bac</i>	1	
<i>bacitracin 500 unit/gm ophth</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin</i>	1	
BESIVANCE	1	
<i>ciprofloxacin hcl 0.3% eye drop</i>	1	
<i>erythromycin 0.5% eye ointment</i>	1	
<i>gatifloxacin</i>	1	
<i>gentamicin sulfate 0.3% eye drop</i>	1	
LACRISERT	1	
<i>moxifloxacin 0.5% drops, 0.5% drp-visc</i>	1	
NATACYN	1	
<i>neo-polycin</i>	1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	1	
OCUFLOX	1	
<i>ofloxacin 0.3% eye drops</i>	1	
<i>polycin</i>	1	
<i>polymyxin b sul-trimethoprim</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium 10% drops, 10% ointment</i>	1	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	1	
<i>trifluridine</i>	1	
VIGAMOX	1	
Ophthalmic Anti-allergy Agents		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	1	
<i>cromolyn sodium 4% eye drops</i>	1	
<i>epinastine hcl</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Ophthalmic Anti-inflammatories		
ACULAR	1	
ACULAR LS	1	
<i>bromfenac sodium 0.07%, 0.09%</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate 0.1% eye drop</i>	1	
<i>diclofenac sodium 0.1% eye drops</i>	1	
<i>difluprednate</i>	1	
DUREZOL	1	
EYSUVIS	1	PA
<i>fluorometholone</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	
FML	1	
ILEVRO	1	
INVELTYS	1	
<i>ketorolac tromethamine 0.4%, 0.5%</i>	1	
PRED FORTE	1	
PRED MILD	1	
<i>prednisolone acetate</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate 1% eye drop</i>	1	
PROLENSA	1	
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
<i>betaxolol hcl 0.5% eye drop</i>	1	
BETOPTIC S	1	
<i>carteolol hcl</i>	1	
ISTALOL	1	
<i>levobunolol hcl</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>timolol maleate 0.25% gel-solution, maleate 0.25% eye drop, 0.5% eye drop, 0.5% gel-solution, 0.5% gfs gel-solution, maleate 0.5% eye drop, maleate 0.5% eye drops</i>	1	
TIMOPTIC	1	
TIMOPTIC OCUDOSE	1	
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
ALPHAGAN P	1	
AZOPT	1	
<i>brimonidine tartrate tartrate 0.1% drop, tartrate 0.15% drp, 0.2% eye drop</i>	1	
<i>brinzolamide</i>	1	
<i>dorzolamide hcl</i>	1	
<i>pilocarpine hcl 1% drops, 2% drops, 4% drops</i>	1	
RHOPRESSA	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
ROCKLATAN	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
SIMBRINZA	1	
Ophthalmic Prostaglandin and Prostamide Analogs		
<i>bimatoprost 0.03% eye drops</i>	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
<i>latanoprost 0.005% eye drops</i>	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
LUMIGAN	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
TRAVATAN Z	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
<i>travoprost</i>	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
Otic Agents		
<i>acetic acid 2% ear solution</i>	1	
CIPRODEX	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	1	
<i>flac otic oil</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc --ear susp</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hydrocort</i>	1	
<i>ofloxacin 0.3% ear drops</i>	1	

Respiratory Tract/ Pulmonary Agents

Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids

ARNUITY ELLIPTA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX	1	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA	1	QL (13 PER 30 DAYS)
<i>budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml inh</i>	1	PA
<i>flunisolide</i>	1	QL (75 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg spray</i>	1	QL (16 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate hfa 110 mcg</i>	1	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate hfa 220 mcg</i>	1	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate hfa 44 mcg</i>	1	QL (10.6 PER 30 DAYS)
<i>mometasone furoate 50 mcg spry</i>	1	QL (34 PER 30 DAYS)
QVAR REDHALER 40 MCG	1	QL (10.6 PER 30 DAYS)
QVAR REDHALER 80 MCG	1	QL (21.2 PER 30 DAYS)
XHANCE	1	QL (32 PER 30 DAYS)

Antihistamines

<i>azelastine hcl 0.1% (137 mcg) spry</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>cetirizine hcl 1 mg/ml soln, 1 mg/ml syrup</i>	1	
<i>clemastine fumarate 2.68 mg tab</i>	1	PA
<i>cyproheptadine hcl</i>	1	PA
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tablet</i>	1	
<i>olopatadine hcl 665 mcg nasal spry</i>	1	QL (30.5 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antileukotrienes		
ACCOLATE	1	
<i>montelukast sodium</i>	1	
SINGULAIR	1	
<i>zafirlukast</i>	1	
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT HFA	1	QL (25.8 PER 30 DAYS)
INCRUSE ELLIPTA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.02% soln</i>	1	PA
<i>ipratropium bromide 0.03% spray</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06% spray</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
SPIRIVA HANDIHALER	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT	1	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>tiotropium bromide</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proair hfa)</i>	1	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proventil hfa)</i>	1	QL (13.4 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, 2.5 mg/0.5 ml sol, sul 2.5 mg/3 ml soln, 5 mg/ml solution, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln</i>	1	PA
<i>albuterol sulfate sulf 2 mg/5 ml syrup, sulfate 2 mg tab, sulfate 4 mg tab</i>	1	
<i>epinephrine 0.15 mg -injt, 0.3 mg -inject</i>	1	
PROAIR RESPICLICK	1	QL (2 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	
VENTOLIN HFA	1	QL (36 PER 30 DAYS)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
OPSUMIT	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>tadalafil 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TRACLEER 62.5 MG TABLET, 125 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VENTAVIS	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
Pulmonary Fibrosis Agents		
ESBRIET 267 MG CAPSULE, 267 MG TABLET	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
ESBRIET 801 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
OFEV	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pirfenidone 267 mg capsule, 267 mg tablet</i>	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
<i>pirfenidone 801 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Respiratory Tract Agents, Other		
<i>acetylcysteine 10% vial, 20% vial</i>	1	PA
ADVAIR HFA	1	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>breyna</i>	1	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE	1	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	1	QL (10.3 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT	1	QL (8 PER 30 DAYS)
DULERA	1	QL (13 PER 30 DAYS)
FASENRA	1	PA
FASENRA PEN	1	PA
<i>fluticasone-salmeterol -100-50, -250-50, -500-50</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol -55-14, -113-14, -232-14</i>	1	QL (1 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ipratropium-albuterol</i>	1	PA
ORALAIR 300 IR ADULT SAMPLE KT, 300 IR STARTER PACK, 300 IR SUBLINGUAL TAB	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
STIOLTO RESPIMAT	1	QL (4 PER 30 DAYS)
TRELEGY ELLIPTA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>wixela inhub</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Skeletal Muscle Relaxants

<i>carisoprodol 350 mg tablet</i>	1	
<i>chlorzoxazone 500 mg tablet</i>	1	
<i>cyclobenzaprine hcl 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	
<i>methocarbamol 500 mg tablet, 750 mg tablet</i>	1	
<i>vanadom</i>	1	

Sleep Disorder Agents

Sleep Promoting Agents

BELSOMRA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAYVIGO	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>doxepin hcl 3 mg tablet, 6 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>eszopiclone</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
HETLIOZ	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ramelteon</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ROZEREM	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SILENOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tasimelteon</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>temazepam 15 mg capsule, 30 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>zolpidem tartrate er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Wakefulness Promoting Agents		
<i>armodafinil</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LUMRYZ	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>modafinil</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
NUVIGIL	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sodium oxybate</i>	1	PA, QL (540 PER 30 DAYS)

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

Índice de medicamentos

A

abacavir	49,50	ak-poly-bac	106
abacavir-lamivudine	50	AKEEGA	36
ABILIFY	44	ALA-CORT	77
ABILIFY ASIMTUFI	44	albendazole	42
ABILIFY MAINTENA	44	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic ProAir HFA)	110
abiraterone acetate	33	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic Proventil HFA)	110
ABRYVO	101	albuterol sulfate	110
acamprosate calcium	14	alclometasone dipropionate	77
acarbose	55	ALDACTONE	72
ACCOLATE	110	ALECENSA	36
accutane	76	alendronate sodium	104
acebutolol hcl	65	alfuzosin hcl er	87
acetaminophen-codeine	12	aliskiren	67
acetazolamide	67	allopurinol	31
acetazolamide er	67	alose tron hcl	83
acetic acid	108	ALPHAGAN P	108
acetylcysteine	112	alprazolam	54
acitretin	76	alprazolam er	54
ACTHAR	88	alprazolam xr	54
ACTHAR SELFJECT	88	ALTACE	64
ACTHIB	101	altavera	90
ACTIMMUNE	99	ALUNBRIG	36
ACTOS	55	alyacen	90
ACULAR	107	amabelz	90
ACULAR LS	107	amantadine	43
acyclovir	53	AMBISOME	30
acyclovir sodium	53	ambrisentan	111
ADACEL TDAP	101	amethia	90
ADCIRCA	111	amethyst	90
ADDERALL XR	73	amikacin sulfate	15
adefovir dipivoxil	52	amiloride hcl	70
ADEMPAS	111	amiloride-hydrochlorothiazide	67
ADLARITY	25	amiodarone hcl	64
ADVAIR HFA	112	amitriptyline hcl	29
AFINITOR	36	amlodipine besylate	66
AFINITOR DISPERZ	36	amlodipine besylate-benazepril	67
afirmelle	90	amlodipine-atorvastatin	67
AGRYLIN	61	amlodipine-olmesartan	67
AIMOVIG AUTOINJECTOR	32	amlodipine-valsartan	67

amlodipine-valsartan-hctz	67	asenapine maleate	45
ammonium lactate	77	ashlyna	91
amnesteem	76	ASMANEX	109
amoxapine	29	ASMANEX HFA	109
amoxicillin	18	aspirin-dipyridamole er	62
amoxicillin-clavulanate pot er	18	ASTAGRAF XL	100
amoxicillin-clavulanate potass	18	ATACAND	63
amphotericin b	30	ATACAND HCT	67
amphotericin b liposome	30	atazanavir sulfate	51
ampicillin sodium	18	ATELVIA	104
ampicillin trihydrate	18	atenolol	65
ampicillin-sulbactam	18	atenolol-chlorthalidone	67
AMPYRA	75	ATGAM	98
anagrelide hcl	61	atomoxetine hcl	73
anastrozole	35	atorvastatin calcium	70
ANDROGEL	89	atovaquone	42
ANORO ELLIPTA	112	atovaquone-proguanil hcl	42
APOKYN	43	atropine sulfate	105
apomorphine hcl	43	ATROVENT HFA	110
aprepitant	30	aubra	91
apri	90	aubra eq	91
APRISO	103	AUGTYRO	36
APTIOM	24	aurovela	91
APTIVUS	51	aurovela 24 fe	91
aqua care sodium chloride	80	aurovela fe	91
aranelle	91	AURYXIA	82
ARANESP	61	AUSTEDO	74
ARCALYST	99	AUSTEDO XR	74
AREXVY	101	AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	74
ARICEPT	25	AUVELITY	25
ARIKAYCE	15	AVALIDE	67
ARIMIDEX	35	AVAPRO	63
aripiprazole	44,45	aviane	91
aripiprazole odt	45	avidoxy	20
ARISTADA	45	AVITA	76
ARISTADA INITIO	45	AVODART	88
armodafinil	114	AVONEX	75
ARNUITY ELLIPTA	109	AVONEX PEN	75
AROMASIN	35	ayuna	91
ARTHROTEC 50	10	AYVAKIT	36
ARTHROTEC 75	10	AZACTAM	16

AZASAN.....	100	betamethasone valerate.....	77
azathioprine.....	100	BETASERON.....	75
azelaic acid.....	76	betaxolol hcl.....	65,107
azelastine hcl.....	106,109	bethanechol chloride.....	88
AZELEX.....	76	BETOPTIC S.....	107
AZILECT.....	44	bexarotene.....	41
azithromycin.....	19	BEXSERO.....	101
AZOPT.....	108	bicalutamide.....	34
AZOR.....	67	BICILLIN L-A.....	18
aztreonam.....	16	BIKTARVY.....	48
AZULFIDINE.....	103	BILTRICIDE.....	42
azurette.....	91	bimatoprost.....	108
B		bismuth-metronidazole-tetracyc.....	84
bacitracin.....	106	bisoprolol fumarate.....	65
bacitracin-polymyxin.....	106	bisoprolol-hydrochlorothiazide.....	68
baclofen.....	48	blisovi 24 fe.....	91
BACTRIM.....	20	blisovi fe.....	91
BACTRIM DS.....	20	BOOSTRIX TDAP.....	101
balsalazide disodium.....	103	bosentan.....	111
BALVERSA.....	36	BOSULIF.....	36
balziva.....	91	BRAFTOVI.....	36
BANZEL.....	24	BREO ELLIPTA.....	112
BAQSIMI.....	58	breyana.....	112
BARACLUDE.....	52	BREZTRI AEROSPHERE.....	112
BCG VACCINE (TICE STRAIN).....	101	briellyn.....	91
BELBUCA.....	12	BRILINTA.....	62
BELSOMRA.....	113	brimonidine tartrate.....	108
benazepril hcl.....	64	brimonidine tartrate-timolol.....	105
benazepril-hydrochlorothiazide.....	67	brinzolamide.....	108
BENICAR.....	63	BRIVIACT.....	21
BENICAR HCT.....	68	bromfenac sodium.....	107
BENLYSTA.....	99	bromocriptine mesylate.....	43
BENZAMYCIN.....	76	BRUKINSA.....	36
benznidazole.....	42	budesonide.....	109
benztropine mesylate.....	43	budesonide dr.....	104
BESIVANCE.....	106	budesonide ec.....	104
BESREMI.....	99	budesonide er.....	104
betaine anhydrous.....	86	budesonide-formoterol fumarate.....	112
betamethasone diprop augmented.....	77	bumetanide.....	69
betamethasone dipropionate.....	77	BUPHENYL.....	86
		buprenorphine.....	12

buprenorphine hcl	14	carbidopa-levodopa	43
buprenorphine-naloxone	14	carbidopa-levodopa er	43
bupropion hcl	25	carbidopa-levodopa-entacapone	43
bupropion hcl sr	15,25	CARDIZEM	66
bupropion hcl sr 150mg tablet	25	CARDIZEM CD	66
bupropion xl	26	CARDIZEM LA	66
bupirone hcl	54	CARDURA	63
butalbital-acetaminophen	10	carglumic acid	80
butalbital-acetaminophen-caffe	10	carisoprodol	113
butalbital-aspirin-caffeine	10	CARNITOR	86
butorphanol tartrate	12	CARNITOR SF	86
BUTRANS	12	carteolol hcl	107
BYDUREON BCISE	55	cartia xt	66
BYSTOLIC	65	carvedilol	65
C		carvedilol er	65
cabergoline	97	CASODEX	34
CABLIVI	62	casprofungin acetate	30
CABOMETYX	36	CAYSTON	111
calcipotriene	79	cefaclor	17
calcitonin-salmon	104	cefadroxil	17
calcitrene	79	cefazolin sodium	17
calcitriol	104	cefazolin sodium-dextrose	17
calcium acetate	82	cefdinir	17
CALQUENCE	36	cefepime	17
camila	96	cefepime hcl	17
camrese	91	cefepime-dextrose	17
camrese lo	91	cefixime	18
CANASA	103	cefoxitin	18
CANCIDAS	30	cefoxitin sodium	18
candesartan cilexetil	63	cefpodoxime proxetil	18
candesartan-hydrochlorothiazid	68	cefprozil	18
CAPLYTA	45	ceftazidime	18
CAPRELSA	36	ceftriaxone	18
captopril	64	cefuroxime	18
CARAFATE	85	cefuroxime sodium	18
CARBAGLU	80	CELEBREX	10
carbamazepine	24	celecoxib	10
carbamazepine er	24	CELEXA	26
CARBATROL	24	CELLCEPT	100
carbidopa	43	CELONTIN	22
		cephalexin	18

CEREZYME.....	86	clindamycin phos-benzoyl perox.....	76
cetirizine hcl.....	109	clindamycin phosphate.....	16
cevimeline hcl.....	75	clindamycin phosphate-d5w.....	16
chateal.....	91	clindamycin-0.9% nacl.....	16
chateal eq.....	91	clindamycin-benzoyl peroxide.....	76
CHEMET.....	81	clobazam.....	22
CHENODAL.....	84	clobetasol emollient.....	77
chlordiazepoxide hcl.....	54	clobetasol propionate.....	77
chlorhexidine gluconate.....	75	clodan.....	77
chloroquine phosphate.....	42	clomipramine hcl.....	29
chlorpromazine hcl.....	29	clonazepam.....	54
chlorthalidone.....	70	clonidine.....	62
chlorzoxazone.....	113	clonidine hcl.....	62
cholestyramine.....	71	clonidine hcl er.....	74
cholestyramine light.....	71	clopidogrel.....	62
CHORIONIC GONADOTROPIN.....	89	clorazepate dipotassium.....	54
ciclodan.....	30	clotrimazole.....	30
ciclopirox.....	30	clotrimazole-betamethasone.....	79
cilostazol.....	62	clozapine.....	48
CIMDUO.....	50	clozapine odt.....	48
cimetidine.....	85	CLOZARIL.....	48
cinacalcet hcl.....	104	COARTEM.....	42
CINRYZE.....	98	codeine sulfate.....	12
CIPRO.....	20	COLAZAL.....	103
CIPRODEX.....	108	colchicine.....	31
ciprofloxacin hcl.....	20,106	COLCRYS.....	31
ciprofloxacin-d5w.....	20	COLESTID.....	71
ciprofloxacin-dexamethasone.....	108	colestipol hcl.....	71
citalopram hbr.....	26	colistimethate.....	16
claravis.....	76	COMBIGAN.....	105
clarithromycin.....	19	COMBIPATCH.....	91
clarithromycin er.....	19	COMBIVENT RESPIMAT.....	112
clemastine fumarate.....	109	COMETRIQ.....	36
CLEOCIN.....	16	COMPLERA.....	50
CLEOCIN HCL.....	16	compro.....	29
CLEOCIN PHOSPHATE.....	16	COMTAN.....	43
CLEOCIN T.....	16	constulose.....	83
clindacin etz.....	16	COPAXONE.....	75
clindacin p.....	16	COPIKTRA.....	36
clindamycin (pediatric).....	16	COREG CR.....	65
clindamycin hcl.....	16	CORLANOR.....	68

CORTEF	88	dantrolene sodium	48
COSENTYX (2 SYRINGES)	99	dapsone	33
COSENTYX SENSOREADY (2 PENS)	99	DAPTACEL DTAP	101
COSENTYX SENSOREADY PEN	99	daptomycin	16
COSENTYX SYRINGE	99	DARAPRIM	42
COSENTYX UNOREADY PEN	99	darifenacin er	87
COSOPT	105	darunavir	51
COTELLIC	37	dasetta	91
COZAAR	63	DAURISMO	37
CREON	86	DAYPRO	10
CRESEMBA	30	daysee	91
CRESTOR	70	DAYVIGO	113
cromolyn sodium	86,106,111	DDAVP	89
cryselle	91	deblitane	96
CRYSVITA	86	deferasirox	81
CUBICIN	16	DELSTRIGO	49
CUBICIN RF	16	DELZICOL	103
cyclobenzaprine hcl	113	demeclocycline hcl	20
cyclophosphamide	33	DEMSEK	68
cycloserine	33	DENGVAXIA	101
CYCLOSET	55	DEPAKOTE	21
cyclosporine	100	DEPAKOTE ER	21
cyclosporine modified	100	DEPAKOTE SPRINKLE	21
CYMBALTA	27	DEPEN	88
cyproheptadine hcl	109	DEPO-ESTRADIOL	90
cyred	91	DEPO-PROVERA	96
cyred eq	91	DEPO-SUBQ PROVERA 104	96
CYSTADANE	86	DEPO-TESTOSTERONE	89
CYSTADROPS	105	dermacinrx lidocan	14
CYSTAGON	86	DESCOVY	50
CYSTARAN	105	desipramine hcl	29
CYTOMEL	97	desloratadine	109
CYTOTEC	85	desmopressin acetate	89
D		desogestr-eth estrad eth estra	91
dabigatran etexilate	60	desogestrel-ethinyl estradiol	91
dalfampridine er	75	desonide	77
DALIRESP	111	desoximetasone	77
DALVANCE	16	desvenlafaxine succinate er	27
danazol	89	DETROL	87
DANTRIUM	48	DETROL LA	87
		dexamethasone	88

dexamethasone sodium phosphate.....	107	diphenoxylate-atropine.....	83
DEXEDRINE.....	73	DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED.....	101
dexmethylphenidate hcl.....	74	DIPROLENE.....	77
dextroamphetamine sulfate.....	73	dipyridamole.....	62
dextroamphetamine sulfate er.....	73	disulfiram.....	14
dextroamphetamine-amphet er.....	73	divalproex sodium.....	21
dextroamphetamine-amphetamine.....	73	divalproex sodium er.....	21
dextrose 2.5%-0.45% nacl.....	80	DIVIGEL.....	90
dextrose 5%-0.2% nacl.....	80	dofetilide.....	64
dextrose 5%-0.225% nacl.....	80	dolishale.....	91
dextrose 5%-0.45% nacl.....	80	donepezil hcl.....	25
dextrose 5%-0.9% nacl.....	80	donepezil hcl odt.....	25
dextrose in water.....	82	dorzolamide hcl.....	108
DIACOMIT.....	21	dorzolamide-timolol.....	105
diazepam.....	22,54	dotti.....	90
diazoxide.....	58	DOVATO.....	49
diclofenac potassium.....	10	doxazosin mesylate.....	63
diclofenac sodium.....	10,79,107	doxepin hcl.....	29,77,113
diclofenac sodium er.....	10	doxy 100.....	20
diclofenac sodium-misoprostol.....	10,11	doxycycline hyclate.....	20
dicloxacillin sodium.....	18	doxycycline ir-dr.....	76
dicyclomine hcl.....	84	doxycycline monohydrate.....	21
DIFICID.....	19	dronabinol.....	30
DIFLUCAN.....	30	drosiprenone-eth estra-levomef.....	91
difluprednate.....	107	drosiprenone-ethinyl estradiol.....	91
digitek.....	68	droxidopa.....	62
digoxin.....	68	DUAVEE.....	97
dihydroergotamine mesylate.....	31	DULERA.....	112
DILANTIN.....	24	duloxetine hcl.....	27
DILANTIN-125.....	24	DUPIXENT PEN.....	99
dilt-xr.....	66	DUPIXENT SYRINGE.....	99
diltiazem 12hr er.....	66	DUREZOL.....	107
diltiazem 24hr er.....	66	dutasteride.....	88
diltiazem 24hr er (cd).....	66	dutasteride-tamsulosin.....	88
diltiazem 24hr er (la).....	67		
diltiazem 24hr er (xr).....	67	E	
diltiazem hcl.....	67	E.E.S. 200.....	19
dimethyl fumarate.....	75	ec-naproxen.....	11
DIOVAN.....	63	econazole nitrate.....	30
DIOVAN HCT.....	68	EDARBI.....	63
DIPENTUM.....	103	EDARBYCLOR.....	68

EDURANT	49	epinephrine	110
efavirenz	49	epitol	24
efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate	49	EPIVIR	50
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate	49	eplerenone	72
EFFEXOR XR	27	EPRONTIA	21
EFUDEX	79	EPZICOM	50
ELELYSO	86	ergotamine-caffeine	31
ELIDEL	77	ERIVEDGE	37
ELIGARD	97	ERLEADA	34
elinest	91	erlotinib hcl	37
ELIQUIS	60	errin	96
eluryng	92	ertapenem	19
EMEND	30	ery	19
EMGALITY PEN	32	ERY-TAB	19
EMGALITY SYRINGE	32	ERYPED 200	19
EMSAM	26	ERYPED 400	19
emtricitabine	50	ERYTHROCIN LACTOBIONATE	19
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate	50	ERYTHROCIN STEARATE	19
EMTRIVA	50	erythromycin	19,106
emzahn	96	erythromycin ethylsuccinate	20
enalapril maleate	64	erythromycin lactobionate	20
enalapril-hydrochlorothiazide	68	erythromycin-benzoyl peroxide	76
ENBREL	100	ESBRIET	112
ENBREL MINI	100	escitalopram oxalate	27
ENBREL SURECLICK	100	ESGIC	10
ENDARI	86	esomeprazole magnesium	85
endocet	12,13	estarylla	92
ENGERIX-B ADULT	102	ESTRACE	90
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	102	estradiol	90
enilloring	92	estradiol (once weekly)	90
enoxaparin sodium	60	estradiol (twice weekly)	90
enpresse	92	estradiol valerate	90
enskyce	92	estradiol-norethindrone acetate	92
entacapone	43	ESTRING	90
entecavir	52	eszopiclone	113
ENTRESTO	68	ethambutol hcl	33
ENTRESTO SPRINKLE	68	ethosuximide	22
enulose	83	ethynodiol-ethinyl estradiol	92
ENVARUS XR	100	etodolac	11
EPIDIOLEX	21	etodolac er	11
epinastine hcl	106	etonogestrel-ethinyl estradiol	92

etravirine.....	49	flac otic oil.....	108
EUTHYROX.....	97	FLAGYL.....	16
everolimus.....	37,100	flecainide acetate.....	64
EVISTA.....	97	FLOMAX.....	88
EVOTAZ.....	51	fluconazole.....	30
EXELON.....	25	fluconazole-nacl.....	30
exemestane.....	35	flucytosine.....	30
EXFORGE.....	68	fludrocortisone acetate.....	88
EXFORGE HCT.....	68	flunisolide.....	109
EXJADE.....	81	fluocinolone acetonide.....	77,78
EXKIVITY.....	37	fluocinolone acetonide oil.....	108
EXTENCILLINE.....	18	fluocinonide.....	78
EYSUVIS.....	107	fluocinonide-e.....	78
ezetimibe.....	71	fluorometholone.....	107
ezetimibe-simvastatin.....	71	fluorouracil.....	79
F		fluoxetine dr.....	27
falmina.....	92	fluoxetine hcl.....	27
famciclovir.....	53	fluphenazine decanoate.....	44
famotidine.....	85	fluphenazine hcl.....	44
FANAPT.....	45	flurbiprofen.....	11
FARESTON.....	34	flurbiprofen sodium.....	107
FARXIGA.....	55	fluticasone propionate.....	78,109
FASENRA.....	112	fluticasone propionate hfa.....	109
FASENRA PEN.....	112	fluticasone-salmeterol.....	112
felbamate.....	21	fluvastatin er.....	70
felodipine er.....	66	fluvastatin sodium.....	70
FEMARA.....	35	fluvoxamine maleate.....	27
femynor.....	92	FML.....	107
fenofibrate.....	70	FOCALIN.....	74
fenofibric acid.....	70	fondaparinux sodium.....	60,61
fentanyl.....	12	FORTEO.....	104
fentanyl citrate.....	13	FOSAMAX.....	104
fesoterodine fumarate er.....	87	fosamprenavir calcium.....	51
FETZIMA.....	27	fosinopril sodium.....	64
FINACEA.....	76	fosinopril-hydrochlorothiazide.....	68
finasteride.....	88	FOSRENOL.....	82
fingolimod.....	75	FOTIVDA.....	37
FINTEPLA.....	21	FRUZAQLA.....	37
FIRAZYR.....	98	FULPHILA.....	61
FIRMAGON.....	97	furosemide.....	69
		FUZEON.....	51

fyavolv	92
FYCOMPA	21

G

gabapentin	22,23
galantamine er	25
galantamine hbr	25
galantamine hydrobromide	25
GAMMAGARD LIQUID	98
GAMMAGARD S-D	98
GAMMAPLEX	98
GAMUNEX-C	99
GARDASIL 9	102
gatifloxacin	106
GATTEX	84
GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2 X 2	55
gavilyte-c	84
gavilyte-g	84
gavilyte-n	84
GAVRETO	37
gefitinib	37
gemfibrozil	70
gemmily	92
GEMTESA	87
generlac	83
gengraf	100
gentamicin sulfate	15,79,106
gentamicin sulfate in ns	15
GENVOYA	49
GEODON	45
GILENYA	75
GILOTRIF	37
glatiramer acetate	75
glatopa	75
GLEEVEC	37
GLEOSTINE	33
glimepiride	55
glipizide	55,56
glipizide er	56
glipizide xl	56
glipizide-metformin	56

GLUCAGEN	58
glucagon emergency kit	58
glucose in water	82
GLUCOTROL XL	56
glyburide	56
glyburide micronized	56
glyburide-metformin hcl	56
glycopyrrolate	84
GLYXAMBI	56
GOLYTELY	84
granisetron hcl	30
GRANIX	62
griseofulvin	30
griseofulvin ultramicronsize	31
guanfacine hcl	62
guanfacine hcl er	74
GVOKE	58
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	58
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	58
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	58
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	58

H

HADLIMA	100
HADLIMA PUSH TOUCH	100
HADLIMA(CF)	100
HADLIMA(CF) PUSH TOUCH	100
HAEGARDA	98
hailey	92
hailey 24 fe	92
hailey fe	92
HALDOL DECANOATE 100	44
HALDOL DECANOATE 50	44
halobetasol propionate	78
haloette	92
haloperidol	44
haloperidol decanoate	44
haloperidol decanoate 100	44
haloperidol lactate	44
HAVRIX	102
heather	96

HEMADY	88	hydroxyurea	35
heparin sodium	61	hydroxyzine hcl	54
HEPLISAV-B	102	hydroxyzine pamoate	54
HETLIOZ	113	HYZAAR	68
HIBERIX	102	I	
hidex	88	ibandronate sodium	104
HUMALOG	58	IBRANCE	37
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	58	ibu	11
HUMALOG KWIKPEN U-100	58	ibuprofen	11
HUMALOG KWIKPEN U-200	58	icatibant	98
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	58	iclevia	92
HUMALOG MIX 75-25	58	ICLUSIG	37
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	58	icosapent ethyl	71
HUMALOG TEMPO PEN U-100	59	IDHIFA	37
HUMATIN	15	ILEVRO	107
HUMIRA	100	imatinib mesylate	37
HUMIRA PEN	100	IMBRUVICA	37
HUMIRA(CF)	100	imipenem-cilastatin sodium	19
HUMIRA(CF) PEN	100	imipramine hcl	29
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	100	imiquimod	79
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	100	IMITREX	32
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	100	IMOVAX RABIES VACCINE	102
HUMULIN 70-30	59	IMPAVIDO	16
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	59	IMURAN	100
HUMULIN N	59	INBRIJA	43
HUMULIN N KWIKPEN	59	incassia	96
HUMULIN R	59	INCRELEX	89
HUMULIN R U-500	59	INCRUSE ELLIPTA	110
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	59	indapamide	70
hydralazine hcl	72	INDERAL LA	65
HYDREA	35	INDERAL XL	65
hydrochlorothiazide	70	indomethacin	11
hydrocodone bitartrate er	12	indomethacin er	11
hydrocodone-acetaminophen	13	INFANRIX DTAP	102
hydrocodone-ibuprofen	13	INLYTA	37
hydrocortisone	78,88,104	INNOPRAN XL	65
hydrocortisone butyrate	78	INQOVI	35
hydrocortisone valerate	78	INREBIC	38
hydrocortisone-acetic acid	109	INSPIRA	72
hydromorphone hcl	13	INSULIN PEN NEEDLE	59
hydroxychloroquine sulfate	42		

INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML	59	JAKAFI	38
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML	59	jantoven	61
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML	59	JANUMET	56
INTELENCE	49	JANUMET XR	56
INTRALIPID	82	JANUVIA	56
introvale	92	JARDIANCE	56
INVANZ	19	jasmiel	92
INVEGA	45	JAYPIRCA	38
INVEGA HAFYERA	45	jencycla	96
INVEGA SUSTENNA	45	JENTADUETO	56
INVEGA TRINZA	45	JENTADUETO XR	56
INVELTYS	107	jinteli	92
IPOL	102	jolessa	92
ipratropium bromide	110	juleber	92
ipratropium-albuterol	113	JULUCA	49
irbesartan	63	junel	92
irbesartan-hydrochlorothiazide	68	junel fe	92
IRESSA	38	junel fe 24	92
ISENTRESS	49	JUXTAPID	71
ISENTRESS HD	49	JYNNEOS	102
isibloom	92	JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE)	102
isoniazid	33		
ISOPROPYL ALCOHOL 0.7 ML/ML MEDICATED PAD	56	K	
ISORDIL TITRADOSE	72	kaitlib fe	92
isosorbide dinitrate	72	KALETRA	51
isosorbide mononitrate	72	kalliga	92
isosorbide mononitrate er	72	KALYDECO	111
isotretinoin	76	KANJINTI	41
isradipine	66	kariva	92
ISTALOL	107	kcl-d5w-0.2% nacl	80
itraconazole	31	kcl-d5w-0.225% nacl	80
ivermectin	42,79	kcl-d5w-0.45% nacl	80
IWILFIN	35	kelnor 1-35	93
IXCHIQ	102	kelnor 1-50	93
IXIARO	102	KEPPRA	21
		KERENDIA	72
J		KESIMPTA PEN	75
JADENU	81	ketoconazole	31
JADENU SPRINKLE	82	ketorolac tromethamine	11,107
jaimiess	92	KINRIX	102
		kionex	83

KISQALI	38	latanoprost	108
KISQALI FEMARA CO-PACK	35	LATUDA	45,46
KLARON	76	LAYOLIS FE	93
klayesta	31	leena	93
KLOR-CON 10	80	leflunomide	100
KLOR-CON 8	80	lenalidomide	34
klor-con m10	80	lentocilin s	18
KLOR-CON M15	80	LENVIMA	38
klor-con m20	80	lessina	93
KLOXXADO	15	LETAIRIS	111
KORLYM	97	letrozole	35
KOSELUGO	38	leucovorin calcium	35
kourzeq	75	LEUKERAN	33
KRAZATI	38	LEUKINE	62
kurvelo	93	leuprolide acetate	97
KUVAN	86	leuprolide depot	97
L		levetiracetam	22
l-glutamine	86	levetiracetam er	22
labetalol hcl	65	LEVO-T	97
lacosamide	24	levobunolol hcl	107
LACRISERT	106	levocarnitine	86
lactulose	83	levocarnitine sf	86
LAMICTAL	22	levocetirizine dihydrochloride	109
LAMICTAL (BLUE)	22	levofloxacin	20
lamivudine	50,52	levofloxacin-d5w	20
lamivudine hbv	52	levonest	93
lamivudine-zidovudine	50	levonorg-eth estrad eth estrad	93
lamotrigine	22	levonorgestrel-eth estradiol	93
lamotrigine (blue)	22	levora-28	93
lamotrigine er	22	levorphanol tartrate	12
LANOXIN	68	levothyroxine sodium	97
lansoprazole	85	LEVOXYL	97
lanthanum carbonate	82	LEXAPRO	27
LANTUS	59	LEXIVA	51
LANTUS SOLOSTAR	59	LIALDA	103
lapatinib	38	LIBERVANT	23
larin	93	lidocaine	14
larin 24 fe	93	lidocaine hcl	14
larin fe	93	lidocaine hcl laryngotracheal 4% solution	14
LASIX	69	lidocaine hcl viscous	14
		lidocan iii	14

lidocan iv	14	lubiprostone	83
lidocan v	14	LUMAKRAS	38
LIDODERM	14	LUMIGAN	108
LILETTA	88	LUMRYZ	114
linezolid	16	LUPRON DEPOT	97
linezolid-0.9% nacl	16	LUPRON DEPOT (LUPANETA)	97
linezolid-d5w	16	LUPRON DEPOT-PED	98
LINZESS	83	lurasidone hcl	46
liothyronine sodium	97	lutra	93
LIPITOR	70	LYBALVI	46
lisdexamfetamine dimesylate	73	lyleq	96
lisinopril	64	lyllana	90
lisinopril-hydrochlorothiazide	68	LYNPARZA	38
lithium carbonate	55	LYRICA	23
lithium carbonate er	55	LYSODREN	35
lithium citrate	55	LYTGOBI	38
LITHOBID	55	LYUMJEV	59
LIVTENCITY	52	LYUMJEV KWIKPEN U-100	59
lo-zumandimine	93	LYUMJEV KWIKPEN U-200	59
LOCOID LIPOCREAM	78	LYUMJEV TEMPO PEN U-100	59
LOESTRIN	93	lyza	96
LOESTRIN FE	93		
lojaimiess	93	M	
LONSURF	35	M-M-R II VACCINE	102
loperamide	83	magnesium sulfate	80
LOPID	70	MALARONE	42
lopinavir-ritonavir	51	malathion	79
LOPRESSOR	65	maraviroc	51
LOPROX	31	marlissa	93
lorazepam	55	MARPLAN	26
lorazepam intensol	55	MATULANE	33
LORBRENA	38	matzim la	67
loryna	93	MAVYRET	52
losartan potassium	63	MAXALT	32
losartan-hydrochlorothiazide	68	MAXALT MLT	32
LOTENSIN	64	MAXITROL	105
LOTRONEX	83	meclizine hcl	29
lovastatin	70	MEDROL	88
LOVENOX	61	medroxyprogesterone acetate	96
low-ogestrel	93	mefloquine hcl	42
loxapine	44	megestrol acetate	96

MEKINIST	38	METROGEL	80
MEKTOVI	38	METROLOTION	80
meloxicam	11	metronidazole	17,80
memantine hcl	25	metyrosine	68
memantine hcl er	25	mexiletine hcl	64
MENACTRA	102	micafungin	31
MENEST	90	MICARDIS	63
MENQUADFI	102	MICARDIS HCT	68,69
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	102	microgestin	93
mercaptopurine	34	microgestin 24 fe	93
meropenem	19	microgestin fe	93
meropenem-0.9% nacl	19	midodrine hcl	63
merzee	93	mifepristone	98
mesalamine	103	miglustat	86
mesalamine dr	103	MIGRANAL	31
mesalamine er	103	mili	93
MESNEX	41	mimvey	93
MESTINON	32	minocycline hcl	21
metformin hcl	56,57	minoxidil	72
metformin hcl er	57	mirtazapine	26
methadone hcl	12	misoprostol	85
methazolamide	68	modafinil	114
methenamine hippurate	16	moexipril hcl	64
methimazole	98	molindone hcl	44
methocarbamol	113	mometasone furoate	78,109
methotrexate	100	mondoxyne nl	21
methotrexate sodium	101	mono-lyyah	93
methoxsalen	79	montelukast sodium	110
methscopolamine bromide	84	morphine sulfate	13
methsuximide	22	morphine sulfate er	12
methylphenidate er	74	MOUNJARO	57
methylphenidate hcl	74	MOVANTIK	83
methylprednisolone	89	MOVIPREP	84
methyltestosterone	89	moxifloxacin	20,106
metoclopramide hcl	84	moxifloxacin hcl	20
metolazone	70	MRESVIA	102
metoprolol succinate	65	MULTAQ	64
metoprolol tartrate	65	mupirocin	80
metoprolol-hydrochlorothiazide	68	MVASI	41
METRO IV	16	MYALEPT	84
METROCREAM	79	MYCOBUTIN	33

mycophenolate mofetil	101
mycophenolic acid	101
MYFORTIC	101
MYHIBBIN	101
myorisan	76
MYRBETRIQ	87
MYSOLINE	23

N

nabumetone	11
nadolol	65
nafcillin	18
nafcillin sodium	18
naloxone hcl	15
naltrexone hcl	15
NAMENDA	25
naproxen	11
naproxen sodium	12
naratriptan hcl	32
NARCAN	15
NARDIL	26
NATACYN	106
nateglinide	57
NAYZILAM	23
nebivolol hcl	65
NEBUPENT	42
necon	93
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	59
nefazodone hcl	27
neo-polycin	106
neo-polycin hc	105
neomycin sulfate	15
neomycin-bacitracin-poly-hc	105
neomycin-bacitracin-polymyxin	106
neomycin-polymyxin-dexameth	105
neomycin-polymyxin-gramicidin	106
neomycin-polymyxin-hc	109
neomycin-polymyxin-hydrocort	109
NEORAL	101
NERLYNX	38
neuac	76
NEUPRO	43
NEURONTIN	23
nevirapine	49
nevirapine er	49
NEXAVAR	39
NEXIUM	85
NEXPLANON	88
niacin er	71
nicardipine hcl	66
NICOTROL	15
NICOTROL NS	15
nifedipine	66
nifedipine er	66
nikki	94
NILANDRON	34
nilutamide	34
nimodipine	66
NINLARO	39
NIPENT	35
nisoldipine	66
nitazoxanide	42
nitisinone	86
NITRO-BID	72
nitrofurantoin	17
nitrofurantoin mono-macro	17
nitroglycerin	72
nitroglycerin patch	72
NITROLINGUAL	72
NITROSTAT	72
NIVESTYM	62
nizatidine	85
nora-be	96
norelgestromin-eth estradiol	94
norethin-eth estra-ferrous fum	94
norethindron-ethinyl estradiol	94
norethindrone	96
norethindrone ac (lupaneta)	96
norethindrone acetate	96
norethindrone-e.estradiol-iron	94
norgestimate-ethinyl estradiol	94
NORPRAMIN	29

NORTHERA	63	OGSIVEO	39
nortrel	94	OJEMDA	39,96
nortriptyline hcl	29	OJJAARA	39
NORVASC	66	olanzapine	46
NORVIR	52	olanzapine odt	46
NOVOLIN 70-30	59	olmesartan medoxomil	63,64
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	59	olmesartan-amlodipine-hctz	69
NOVOLIN N	59	olmesartan-hydrochlorothiazide	69
NOVOLIN N FLEXPEN	59	olopatadine hcl	109
NOVOLIN R	59	omega-3 acid ethyl esters	71
NOVOLIN R FLEXPEN	59	omeprazole	85
NOVOLOG	59	omnipod 5 dexg7g6 intro(gen 5)	60
NOVOLOG FLEXPEN	59	omnipod 5 dexg7g6 pods (gen 5)	60
NOVOLOG MIX 70-30	59	omnipod 5 g6-g7 intro kt(gen5)	60
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	59	omnipod 5 g6-g7 pods (gen 5)	60
NOVOLOG PENFILL	59	omnipod classic pdm kit(gen 3)	60
NOXAFIL	31	omnipod classic pods (gen 3)	60
NUBEQA	34	omnipod dash intro kit (gen 4)	60
NUDEXTA	74	omnipod dash pdm kit (gen 4)	60
NUPLAZID	46	omnipod dash pods (gen 4)	60
NURTEC ODT	32	omnipod go pods	60
NUTRILIPID	82	OMNITROPE	89
NUVARING	94	ondansetron hcl	30
NUVIGIL	114	ondansetron odt	30
NUZYRA	21	ONFI	23
nyamyc	31	ONTRUZANT	41
nylia	94	ONUREG	35
nymyo	94	OPSUMIT	112
nystatin	31	OPVEE	15
nystatin-triamcinolone	79	ORACEA	76
nystop	31	ORALAIR	113
O		oralone	75
OCALIVA	84	ORENCIA	99
ocella	94	ORENCIA CLICKJECT	99
octreotide acetate	98	ORFADIN	86
OCUFLOX	106	ORGOVYX	35
ODEFSEY	50	ORKAMBI	111
ODOMZO	39	ORSERDU	34
OFEV	112	oseltamivir phosphate	53
ofloxacin	20,106,109	OTEZLA	79
		OVIDE	79

oxaprozin	12
oxazepam	55
oxcarbazepine	24
oxybutynin chloride	87
oxybutynin chloride er	87
oxycodone hcl	13
oxycodone-acetaminophen	13
OZEMPIC	57

P

pacerone	64
paliperidone er	46
PALYNZIQ	86
PANRETIN	41
pantoprazole sodium	85
paricalcitol	104
PARNATE	26
paroxetine cr	27
paroxetine er	27,28
paroxetine hcl	28
PAXIL	28
PAXLOVID	53
PAXLOVID (EUA)	53
pazopanib hcl	39
PEDIARIX	102
PEDVAXHIB	102
peg 3350-electrolyte	84
peg-3350 and electrolytes	84
peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c	84
PEGASYS	99
PEMAZYRE	39
PENBRAYA	102
penicillamine	88
penicillin g potassium	18
penicillin g sodium	19
penicillin gk-iso-osm dextrose	19
penicillin v potassium	19
PENTACEL	102
PENTAM 300	42
pentamidine isethionate	42
PENTASA	104
pentoxifylline	69
perindopril erbumine	64
periogard	75
permethrin	79
perphenazine	29
PERSERIS	46
pfizerpen	19
phenelzine sulfate	26
phenobarbital	23
phenoxybenzamine hcl	63
PHENYTEK	24
phenytoin	24
phenytoin sodium extended	24
philith	94
PIFELTRO	49
pilocarpine hcl	76,108
pimecrolimus	78
pimozide	44
pimtree	94
pindolol	65
pioglitazone hcl	57
pioglitazone-glimepiride	57
pioglitazone-metformin	57
piperacillin-tazobactam	19
PIQRAY	39
pirfenidone	112
piroxicam	12
PLAQUENIL	42
PLAVIX	62
PLEGRIDY	75
PLEGRIDY PEN	75
podofilox	79
polycin	106
polymyxin b sul-trimethoprim	106
POMALYST	34
portia	94
posaconazole	31
potassium chloride	81
potassium chloride in d5lr	81
potassium chloride proamp	81
potassium chloride-0.45% nacl	81

potassium chloride-dextrose 5%	81	PROGRAF	101
potassium citrate er	81	PROLASTIN C	86
pramipexole dihydrochloride	43	PROLENSA	107
prasugrel hcl	62	PROLIA	104
pravastatin sodium	71	PROMACTA	62
praziquantel	42	promethazine hcl	29
prazosin hcl	63	promethegan	29
PRED FORTE	107	propafenone hcl	65
PRED MILD	107	propafenone hcl er	65
prednisolone	89	propranolol hcl	66
prednisolone acetate	107	propranolol hcl er	66
prednisolone sodium phosphate	89,107	propylthiouracil	98
prednisone	89	PROQUAD	102
pregabalin	23	PROSCAR	88
PREGNYL	89	PROTONIX	85
PREHEVBRIO	102	protriptiline hcl	29
PREMARIN	90	PROVERA	96
PREMPHASE	94	PROZAC	28
PREMPRO	94	PRUDOXIN	78
PREVACID	85	PULMOZYME	111
prevalite	71	PURIXAN	34
PREVYMIS	52	PYLERA	84
PREZCOBIX	52	pyrazinamide	33
PREZISTA	52	pyridostigmine bromide	33
PRIFTIN	33	pyridostigmine bromide er	33
primaquine	42	pyrimethamine	42
primidone	23	Q	
PRIORIX	102	QINLOCK	39
PRISTIQ	28	QUADRACEL DTAP-IPV	102
PROAIR RESPICCLICK	110	quetiapine fumarate	46
probenecid	31	quetiapine fumarate er	46
probenecid-colchicine	31	quinapril hcl	64
PROCARDIA XL	66	quinapril-hydrochlorothiazide	69
prochlorperazine	29	quinidine gluconate	65
prochlorperazine maleate	29	quinidine sulfate	65
PROCRIT	62	quinine sulfate	42
procto-med hc	104	QVAR REDIHALER	109
proctosol-hc	104	R	
proctozone-hc	104	RABAVERT	102
progesterone	96		
PROGLYCEM	58		

rabeprazole sodium	85	RINVOQ LQ	99
raloxifene hcl	97	risedronate sodium	105
ramelteon	113	risedronate sodium dr	105
ramipril	64	RISPERDAL	46
ranolazine er	69	RISPERDAL CONSTA	46
RAPAFLO	88	risperidone	46,47
RAPAMUNE	101	risperidone er	47
rasagiline mesylate	44	risperidone odt	47
reclipsen	94	RITALIN	74
RECOMBIVAX HB	102	ritonavir	52
RECTIV	72	rivastigmine	25
REGLAN	84	rizatriptan	32
REGRANEX	79	ROCALTROL	105
RELENZA	53	ROCKLATAN	108
RELISTOR	83	roflumilast	111
REMERON	26	ropinirole er	43
RENFLEXIS	101	ropinirole hcl	43
REVELA	82	rosadan	80
repaglinide	57	rosuvastatin calcium	71
REPATHA PUSHTRONEX	71	ROTARIX	102
REPATHA SURECLICK	71	ROTATEQ	103
REPATHA SYRINGE	72	ROWASA	104
RESTASIS	105	roweepra	22
RESTASIS MULTIDOSE	105	ROXICODONE	14
RETACRIT	62	ROZEREM	113
RETEVMO	39	ROZLYTREK	39
RETIN-A	76	RUBRACA	39
RETROVIR	50	rufinamide	24
REVCIVI	86	RUKOBIA	51
REXULTI	46	RUXIENCE	41
REYATAZ	52	RYBELSUS	57
REZLIDHIA	39	RYDAPT	39
REZUROCK	101	RYTARY	43
RHOPRESSA	108	RYTHMOL SR	65
RIABNI	41		
ribavirin	52	S	
RIDAURA	99	SABRIL	23
rifabutin	33	sajazir	98
rifampin	33	SALAGEN	76
riluzole	74	SAMSCA	82
RINVOQ	99	SANDIMMUNE	101

SANDOSTATIN LAR DEPOT	98	SKYRIZI ON-BODY	99
SANTYL	79	SKYRIZI PEN	99
SAPHRIS	47	sod sulf-potass sulf-mag sulf	84
sapropterin dihydrochloride	86	sodium chloride	81
saxagliptin hcl	57	sodium chloride-water	81
saxagliptin-metformin er	57	sodium oxybate	114
SCEMBLIX	39	sodium phenylbutyrate	86
scopolamine	29	sodium polystyrene sulfonate	83
SECUADO	47	solifenacin succinate	87
selegiline hcl	44	SOLQUA 100-33	57
selenium sulfide	78	SOLTAMOX	34
SELZENTRY	51	SOMATULINE DEPOT	98
SENSIPAR	105	SOMAVERT	98
SEREVENT DISKUS	110	SOOLANTRA	79
SEROQUEL	47	sorafenib	39
SEROQUEL XR	47	sorine	65
sertraline hcl	28	sotalol	65
setlakin	94	sotalol af	65
sevelamer carbonate	82	SPIRIVA HANDIHALER	110
SFROWASA	104	SPIRIVA RESPIMAT	110
sharobel	96	spironolactone	72
SHINGRIX	103	spironolactone-hctz	69
SIGNIFOR	98	SPORANOX	31
SIGNIFOR LAR	98	sprintec	94
sildenafil citrate	112	SPRITAM	22
SILENOR	113	SPRYCEL	39
silodosin	88	SPS	83
SILVADENE	79	sronyx	94
silver sulfadiazine	79	SSD	79
SIMBRINZA	108	STAMARIL	103
simliya	94	STELARA	99
simpesse	94	STIOLTO RESPIMAT	113
simvastatin	71	STIVARGA	40
SINEMET 10-100	43	STRATTERA	74
SINEMET 25-100	43	STRENSIQ	86
SINGULAIR	110	streptomycin sulfata	15
sirolimus	101	STRIBILD	49
SIRTURO	33	STROMECTOL	42
SIVEXTRO	17	SUBLOCADE	15
SKYLA	88	SUBOXONE	15
SKYRIZI	99	subvenite	22

subvenite (blue).....	22	taperdex.....	89
sucrafate.....	85	TARGRETIN.....	41
SULAR.....	66	tarina 24 fe.....	94
sulfacetamide sodium.....	76,106	tarina fe.....	94
sulfacetamide-prednisolone.....	105	tarina fe 1-20 eq.....	94
sulfadiazine.....	20	TASIGNA.....	40
sulfamethoxazole-trimethoprim.....	20	tasimelteon.....	113
sulfasalazine.....	104	TASMAR.....	43
sulfasalazine dr.....	104	taysofy.....	94
sulindac.....	12	tazarotene.....	76
sumatriptan.....	32	tazicef.....	18
sumatriptan succinate.....	32	TAZORAC.....	76
sunitinib malate.....	40	taztia xt.....	67
SUNLENCA.....	51	TAZVERIK.....	40
SUPREP.....	84	TDVAX.....	103
SUTAB.....	84	TECFIDERA.....	75
SUTENT.....	40	TEFLARO.....	18
syeda.....	94	TEGRETOL.....	24
SYMFI.....	49	TEGRETOL XR.....	24
SYMFI LO.....	49	TEKTURNA.....	69
SYMLINPEN 120.....	57	telmisartan.....	64
SYMLINPEN 60.....	57	telmisartan-amlodipine.....	69
SYMPAZAN.....	23	telmisartan-hydrochlorothiazid.....	69
SYMTUZA.....	52	temazepam.....	113
SYNAREL.....	98	tencon.....	10
SYNJARDY.....	57	TENIVAC.....	103
SYNJARDY XR.....	57	tenofovir disoproxil fumarate.....	50
SYNTHROID.....	97	TENORETIC 100.....	69
SYPRINE.....	82	TENORETIC 50.....	69
T			
TABLOID.....	34	TENORMIN.....	66
TABRECTA.....	40	TEPMETKO.....	40
tacrolimus.....	78,101	terazosin hcl.....	63
tadalafil.....	88,112	terbinafine hcl.....	31
TAFINLAR.....	40	terbutaline sulfate.....	110
TAGRISSO.....	40	terconazole.....	31
TALZENNA.....	40	TERIPARATIDE.....	105
TAMIFLU.....	53	testosterone.....	89,90
tamoxifen citrate.....	34	testosterone cypionate.....	90
tamsulosin hcl.....	88	testosterone enanthate.....	90
		tetrabenazine.....	74
		tetracycline hcl.....	21

THALOMID.....	34	TRACLEER.....	112
THEO-24.....	111	TRADJENTA.....	58
theophylline anhydrous.....	111	tramadol hcl.....	14
theophylline er.....	111	tramadol hcl er.....	12
thioridazine hcl.....	44	tramadol hcl-acetaminophen.....	14
thiothixene.....	44	trandolapril.....	64
THYMOGLOBULIN.....	99	trandolapril-verapamil er.....	69
tiadylt er.....	67	tranexamic acid.....	62
tiagabine hcl.....	24	tranylcypromine sulfate.....	26
TIAZAC.....	67	TRAVASOL.....	82
TIBSOVO.....	40	TRAVATAN Z.....	108
TICOVAC.....	103	travoprost.....	108
tigecycline.....	17	TRAZIMERA.....	41
TIKOSYN.....	65	trazodone hcl.....	28
tilia fe.....	95	TRECTOR.....	33
timolol maleate.....	66,108	TRELEGY ELLIPTA.....	113
TIMOPTIC.....	108	TRELSTAR.....	98
TIMOPTIC OCUDOSE.....	108	TREMFYA.....	99
tinidazole.....	17	tretinoin.....	41,77
tiotropium bromide.....	110	tri-estarylla.....	95
TIROSINT.....	97	tri-legest fe.....	95
TIROSINT-SOL.....	97	tri-linyah.....	95
TIVICAY.....	49	tri-lo-estarylla.....	95
TIVICAY PD.....	49	tri-lo-marzia.....	95
tizanidine hcl.....	48	tri-lo-mili.....	95
TOBRADEX.....	105	tri-lo-sprintec.....	95
tobramycin.....	106,111	tri-mili.....	95
tobramycin sulfate.....	15	tri-nymyo.....	95
tobramycin-dexamethasone.....	105	tri-sprintec.....	95
tolcapone.....	43	tri-vylibra.....	95
tolterodine tartrate.....	87	tri-vylibra lo.....	95
tolterodine tartrate er.....	87	triamcinolone acetoneide.....	76,78
tolvaptan.....	82	triamterene-hydrochlorothiazid.....	70
topiramate.....	22	TRIBENZOR.....	69
TOPROL XL.....	66	triderm.....	78
toremifene citrate.....	34	trientine hcl.....	82
torpenz.....	40	trifluoperazine hcl.....	44
torse mide.....	69	trifluridine.....	106
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	60	trihexyphenidyl hcl.....	43
TOUJEO SOLOSTAR.....	60	TRIKAFTA.....	111
TOVIAZ.....	87	triklo.....	72

TRILEPTAL	24	valproic acid	22
trimethoprim	17	valsartan	64
trimipramine maleate	29	valsartan-hydrochlorothiazide	69
TRINTELLIX	28	VALTOCO	24
TRIUMEQ	50	VALTREX	53
TRIUMEQ PD	50	vanadom	113
trivora-28	95	vancomycin hcl	17
TROPHAMINE	82	VANFLYTA	40
tropium chloride	87	VAQTA	103
tropium chloride er	87	varenicline tartrate	15
TRULICITY	58	VARIVAX VACCINE	103
TRUMENBA	103	VASCEPA	72
TRUQAP	40	VASERETIC	69
TRUVADA	50	VASOTEC	64
TUKYSA	40	velivet	95
TURALIO	40	VELPHORO	83
turqoz	95	VELTASSA	83
TWINRIX	103	VENCLEXTA	40
TYBLUME	95	VENCLEXTA STARTING PACK	40
TYBOST	51	venlafaxine besylate er	28
tydemy	95	venlafaxine hcl	28
TYGACIL	17	venlafaxine hcl er	28
TYKERB	40	VENTAVIS	112
TYMLOS	105	VENTOLIN HFA	110
TYPHIM VI	103	VEOZAH	74
U			
UBRELVY	32	verapamil er	67
UDENYCA	62	verapamil er pm	67
UDENYCA AUTOINJECTOR	62	verapamil hcl	67
UDENYCA ONBODY	62	verapamil sr	67
UNITHROID	97	VERELAN	67
ursodiol	84	VERELAN PM	67
UZEDY	47	VERQUVO	73
V			
VAGIFEM	90	VERSACLOZ	48
valacyclovir	53	VERZENIO	40
VALCHLOR	33	vestura	95
VALCYTE	52	VFEND IV	31
valganciclovir hcl	52	VIBERZI	83
		VIBRAMYCIN	21
		vienva	95
		vigabatrin	24
		vigadrone	24

VIGAMOX	106	XENAZINE	74,75
vigpoder	24	XERMELO	83
VIIIBRYD	28	XGEVA	105
vilazodone hcl	28	XHANCE	109
VIMPAT	24	XIFAXAN	84
viorele	95	XIGDUO XR	58
VIRACEPT	52	XOFLUZA	53
VIREAD	50	XOLAIR	99
VITRAKVI	41	XOPENEX HFA	111
VIVITROL	15	XOSPATA	41
VIZIMPRO	41	XPOVIO	35
volnea	95	XTANDI	34
VONJO	41	xulane	95
voriconazole	31		
VOTRIENT	41	Y	
VOWST	84	yargesa	87
VPRIV	86	YASMIN 28	95
VRAYLAR	47	YAZ	95
VUMERITY	75	YF-VAX	103
vyfemla	95	YONSA	34
vylibra	95	yuvafem	90
VYNDAMAX	86		
VYNDAQEL	87	Z	
VYTORIN	72	zafemy	95
VYVANSE	73	zafirlukast	110
		zaleplon	113
W		ZARONTIN	22
warfarin sodium	61	ZEBUTAL	10
WELIREG	87	ZEJULA	41
WELLBUTRIN SR	26	ZELBORAF	41
WELLBUTRIN XL	26	zenatane	77
wera	95	ZENPEP	87
wixela inhub	113	zenzedi	73
wymzya fe	95	ZEPATIER	53
		ZESTORETIC	69
X		ZESTRIL	64
XALKORI	41	ZETIA	72
XARELTO	61	ZIAC	69
XATMEP	101	ZIAGEN	50
XCOPRI	25	zidovudine	50,51
XDEMVY	105	ZIEXTENZO	62

ziprasidone hcl	47
ziprasidone mesylate	47
ZIRABEV	41
ZITHROMAX	20
ZITHROMAX TRI-PAK	20
ZOCOR	71
ZOKINVY	87
ZOLINZA	35
zolmitriptan odt	32
ZOLOFT	28
zolpidem tartrate	113
zolpidem tartrate er	114
ZONALON	78
ZONEGRAN	25
ZONISADE	25
zonisamide	25
ZONTIVITY	61
ZORTRESS	101
ZOSYN	19
zovia 1-35	96
ZOVIRAX	53
ZTALMY	24
ZTLIDO	14
zumandimine	96
ZURZUVAE	26
ZYDELIG	41
ZYKADIA	41
ZYPREXA	47,48
ZYPREXA RELPREVV	48
ZYPREXA ZYDIS	48
ZYVOX	17

Hamaspik Medicare Select and Hamaspik Medicare Choice Multi-Language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-426-2774. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-426-2774. (TTY 711.) Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-888-426-2774。(TTY 711) 我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-888-426-2774。(TTY 711) 我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-426-2774. (TTY 711) Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-426-2774. (TTY 711) Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-426-2774 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí. (TTY 711)

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-426-2774. (TTY 711) Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-426-2774 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다. (TTY 711)

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-426-2774. (TTY 711) Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-888-426-2774. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-426-2774 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है. (TTY 711)

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-426-2774. (TTY 711) Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-426-2774. (TTY 711) Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-426-2774. (TTY 711) Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-426-2774. (TTY 711) Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-888-426-2774にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。(TTY 711)

Hamaspik Medicare Select (HMO-DSNP)
y
Hamaspik Medicare Choice (HMO-DSNP)

Formulario 2025

(Lista de Medicamentos Cubiertos o “Lista de Medicamentos”)

**LEA CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

Identificación de Envío de Archivo de Formulario Aprobado por HPMS: 25014

Este formulario fue actualizado el 10/01/2024.

Para obtener información más reciente o resolver otras preguntas, comuníquese con nosotros llamando al 888-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711). Estamos disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2024 al 31 de marzo de 2025; y de lunes a viernes a las 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 abril de 2025 al 30 de septiembre de 2025.