

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 01/03/2025.

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 01/03/2025

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 01/03/2025. 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 121. 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, muéstreala 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 121.

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)

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 -50-0.2 mg</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium-misoprostol -75-0.2 mg, -75-0.2 tb</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<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)

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 375 mg tablet, dr 375 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>naproxen 500 mg kit, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>naproxen sodium 275 mg tab</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml spray</i>	1	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>codeine sulfate</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>endocet 10-325 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>endocet 2.5-325 mg tablet, 5-325 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>endocet 7.5-325 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>fentanyl citrate cit 1,200 mcg, cit 1,600 mcg, citrate 200 mcg, citrate 400 mcg, citrate 600 mcg, citrate 800 mcg</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-acetaminophen -10-300 mg, -10-325 mg, -7.5-300, -7.5-325</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-acetaminophen -5-300 mg, -5-325 mg</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-acetaminophen -acetamin 2.5-108/5, -acetamin 5-217/10, -acetamin 7.5-325/15</i>	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml solution, 5 mg/5 ml soln</i>	1	QL (1440 PER 30 DAYS)
<i>hydromorphone hcl 10 mg/ml ampule, 10 mg/ml vial, 50 mg/5 ml amp, 50 mg/5 ml vial, 500 mg/50 ml vl</i>	1	PA
<i>hydromorphone hcl 2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>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)

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

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

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
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)
<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	QL (60 PER 30 DAYS)
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	

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>gentamicin sulfate in ns iso 100 mg/100 ml, iso 120 mg/100 ml, isoton 60 mg/50 ml, isoton 80 mg/100 ml, isoton 80 mg/50 ml</i>	1	
HUMATIN	1	
<i>neomycin sulfate</i>	1	
<i>streptomycin sulfate</i>	1	
<i>tobramycin sulfate</i>	1	
Antibacterials, Other		
AZACTAM	1	
<i>aztreonam</i>	1	
CLEOCIN 2% VAGINAL CREAM	1	
CLEOCIN HCL	1	
CLEOCIN PHOSPHATE 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	

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>daptomycin 500 mg vial</i>	1	
FLAGYL 375 CAPSULE	1	
IMPAVIDO	1	
<i>linezolid</i>	1	PA
<i>linezolid-0.9% nacl</i>	1	
<i>linezolid-d5w</i>	1	
<i>methenamine hippurate</i>	1	
METRO IV	1	
<i>metronidazole vaginal 0.75% gl, 250 mg tablet, 375 mg capsule, 500 mg tablet, 500 mg/100 ml</i>	1	
<i>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 1.75 gram vial, hcl 2 gram 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	

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>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	
<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 -200-28.5 mg/5 ml sus, -250-125 mg tablet, -250-62.5 mg/5 ml sus, -400-57 mg tab chew, -400-57 mg/5 ml susp, -500-125 mg tablet, -600-42.9 mg/5 ml sus, -875-125 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>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	
<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	

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
Macrolides		
<i>azithromycin</i>	1	
<i>clarithromycin</i>	1	
<i>clarithromycin er</i>	1	
DIFICID 200 MG TABLET	1	QL (20 PER 10 OVER TIME)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	1	QL (136 PER 10 OVER TIME)
E.E.S. 200	1	
<i>ery</i>	1	
ERY-TAB	1	
ERYPED 200	1	
ERYPED 400	1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	1	
<i>erythromycin 2% solution, 250 mg tablet, dr 250 mg cap, dr 250 mg tablet, dr 333 mg tablet, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>erythromycin lactobionate</i>	1	
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	

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>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl</i>	1	
<i>ofloxacin 400 mg tablet</i>	1	
Sulfonamides		
BACTRIM	1	
BACTRIM DS	1	
<i>sulfadiazine</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim -20 ml cup, -ds tablet, -ss tablet, -susp</i>	1	
Tetracyclines		
<i>avidoxy</i>	1	
<i>demeclocycline hcl</i>	1	
<i>doxy 100</i>	1	
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg vl</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate 50 mg cap, 50 mg tablet, 75 mg capsule, 75 mg tablet, 100 mg cap, 100 mg tablet, 150 mg cap, 150 mg tablet</i>	1	
<i>minocycline hcl</i>	1	
<i>mondoxyne nl 100 mg capsule</i>	1	
NUZYRA	1	
<i>tetracycline hcl 250 mg capsule, 500 mg capsule</i>	1	
Anticonvulsants		
Anticonvulsants, Other		
BRIVIACT 10 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (600 PER 30 DAYS)
BRIVIACT 50 MG/5 ML VIAL	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
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	

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>subvenite (blue)</i>	1	
<i>topiramate 15 mg sprinkle cap, 25 mg sprinkle cap, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet</i>	1	
<i>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 2.5mg gel(2pk), 10 mg gel syrg, 10mg gel (2pk), 20 mg gel.syrg, 20mg gel (2pk)</i>	1	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg capsule</i>	1	QL (1080 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup</i>	1	QL (2160 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg capsule</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg capsule</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 600 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 800 mg tablet</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
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)

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
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)
<i>tiagabine hcl</i>	1	
VALTOCO	1	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>vigabatrin</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>vigadrone</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
VIGAFYDE	1	QL (750 PER 30 DAYS)
<i>vigpoder</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ZTALMY	1	PA, QL (1100 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
Sodium Channel Agents		
APTIOM 200 MG TABLET, 400 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
APTIOM 600 MG TABLET, 800 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BANZEL	1	
<i>carbamazepine 100 mg tab chew, 100 mg/5 ml cup, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet, 200 mg/10 ml cup</i>	1	
<i>carbamazepine er</i>	1	
CARBATROL	1	
<i>dilantin dilantin, dilantin 30 mg capsule, dilantin 100 mg capsule</i>	1	
DILANTIN-125	1	
<i>epitol</i>	1	
<i>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	
XCOPRI	1	
ZONEGRAN	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
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)
<i>bupropion xl hcl 150 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>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 Inhibitors)		
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)

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>citalopram hbr 40 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CYMBALTA 20 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
CYMBALTA 30 MG CAPSULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP	1	QL (90 PER 30 DAYS)
DRIZALMA SPRINKLE DR 20 MG CAP, DR 40 MG CAP, DR 60 MG CAP	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl dr 20 mg cap, dr 60 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl dr 30 mg cap</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
EFFEXOR XR 150 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EFFEXOR XR 37.5 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
EFFEXOR XR 75 MG CAPSULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate 20 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	1	QL (28 PER 28 DAYS)
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE, ER 40 MG CAPSULE, ER 80 MG CAPSULE, ER 120 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine dr</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fluoxetine hcl 10 mg capsule, 10 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule</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)

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
LEXAPRO 20 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
LEXAPRO 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>nefazodone hcl</i>	1	
<i>paroxetine cr 12.5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine cr 25 mg tablet, 37.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine er 12.5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine er er 25 mg tablet, er 37.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl 10 mg tablet, 40 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp</i>	1	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl 20 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PAXIL 10 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)
PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION	1	QL (900 PER 30 DAYS)
PAXIL 20 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PAXIL 30 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PRISTIQ	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PROZAC 10 MG PULVULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
PROZAC 20 MG PULVULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
PROZAC 40 MG PULVULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sertraline hcl 20 mg/ml oral conc</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>sertraline hcl 25 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>trazodone hcl</i>	1	
TRINTELLIX	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine besylate er</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap</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>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)
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	

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>perphenazine</i>	1	PA
<i>prochlorperazine</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate</i>	1	
<i>promethazine hcl 6.25 mg/5 ml cup, 6.25 mg/5 ml soln, 6.25 mg/5 ml syrp, 12.5 mg suppos, 12.5 mg tablet, 12.5 mg/10 ml cup, 25 mg suppository, 25 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	PA
<i>promethegan 12.5 mg suppos, 25 mg suppository</i>	1	PA
<i>scopolamine</i>	1	PA
Emetogenic Therapy Adjuncts		
<i>aprepitant</i>	1	PA
<i>dronabinol</i>	1	PA
EMEND 80 MG CAPSULE, TRIPACK	1	PA
<i>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)

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>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	
<i>griseofulvin ultramicrosize 125 mg tab, 250 mg tab</i>	1	
<i>itraconazole 100 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ketoconazole 2% cream, 2% shampoo, 200 mg tablet</i>	1	
<i>klayesta</i>	1	
LOPROX 1% SHAMPOO	1	
<i>micafungin</i>	1	
<i>micafungin-0.9% nacl</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

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
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 spray</i>	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
<i>ergotamine-caffeine</i>	1	
MIGRANAL	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
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)

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
MAXALT	1	ST, QL (18 PER 30 DAYS)
MAXALT MLT 10 MG TABLET	1	ST, QL (18 PER 30 DAYS)
<i>naratriptan hcl</i>	1	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>rizatriptan</i>	1	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan</i>	1	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml cart, 4 mg/0.5 ml inject, 6 mg/0.5 ml cart, 6 mg/0.5ml autoinj</i>	1	QL (6 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml vial</i>	1	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>zolmitriptan odt</i>	1	QL (12 PER 30 DAYS)

Antimyasthenic Agents

Parasympathomimetics

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

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>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)
<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)

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
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 50 mg tablet</i>	1	
PURIXAN	1	
TABLOID	1	
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)

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
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	
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)

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
AUGTYRO 160 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 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)
COTELLIC	1	PA, QL (63 PER 28 DAYS)
DANZITEN	1	PA, QL (112 PER 28 DAYS)
<i>dasatinib 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dasatinib 50 mg tablet, 70 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg tablet, 140 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAURISMO 100 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAURISMO 25 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
IMKELDI	1	PA, QL (280 PER 28 DAYS)
INLYTA 1 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
INLYTA 5 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
INREBIC	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
IRESSA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ITOVEBI 3 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ITOVEBI 9 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
JAKAFI	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
JAYPIRCA 100 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
JAYPIRCA 50 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
KISQALI 400 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (42 PER 28 DAYS)
KISQALI 600 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (63 PER 28 DAYS)
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)
LAZCLUZE 240 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LAZCLUZE 80 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LENVIMA 12 MG DAILY, 18 MG DAILY, 24 MG DAILY	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LENVIMA 4 MG CAPSULE, 10 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LENVIMA 8 MG DAILY, 14 MG DAILY, 20 MG DAILY	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LORBRENA 100 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LORBRENA 25 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LUMAKRAS 120 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
LUMAKRAS 240 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
LUMAKRAS 320 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LYNPARZA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
LYTGOBI 12 MG DOSE (3X 4MG TB)	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
LYTGOBI 16 MG DOSE (4X 4MG TB)	1	PA, QL (112 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
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)
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 (400MG DOSE), 100 MG TAB (500MG DOSE), 100 MG TAB (600MG DOSE)	1	PA, QL (24 PER 28 DAYS)
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	1	PA, QL (96 PER 28 DAYS)
OJJAARA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pazopanib hcl</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
PEMAZYRE	1	PA, QL (14 PER 21 DAYS)
PIQRAY 200 MG DAILY DOSE PACK	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
PIQRAY 250 MG DAILY PACK, 300 MG DAILY PACK	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
QINLOCK	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RETEVMO 40 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
RETEVMO 40 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RETEVMO 80 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
RETEVMO 80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
REVUFORJ 110 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
REVUFORJ 160 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
SCEMBLIX 100 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SCEMBLIX 20 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SCEMBLIX 40 MG TABLET	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>sorafenib</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SPRYCEL 20 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
SPRYCEL 50 MG TABLET, 70 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET, 140 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
STIVARGA	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>sunitinib malate 25 mg capsule, 37.5 mg cap, 50 mg capsule</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SUTENT 12.5 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
SUTENT 25 MG CAPSULE, 37.5 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TABRECTA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	1	PA, QL (840 PER 28 DAYS)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAGRISO	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TALZENNA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TASIGNA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAZVERIK	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
TEPMETKO	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
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)
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
VIZIMPRO	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VONJO	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
VORANIGO 10 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VORANIGO 40 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VOTRIENT	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XALKORI 150 MG PELLETT	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
XALKORI 20 MG PELLETT, 50 MG PELLETT, 200 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XOSPATA	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZEJULA 100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 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
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		
<i>mesna 400 mg tablet</i>	1	
MESNEX 400 MG TABLET	1	
Antiparasitics		
Anthelmintics		
<i>albendazole</i>	1	
<i>benznidazole</i>	1	
BILTRICIDE	1	
<i>ivermectin 3 mg tablet</i>	1	PA
<i>praziquantel</i>	1	
STROMECTOL	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
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 powder</i>	1	PA
<i>pentamidine isethionate 300 mg inject vial</i>	1	
PLAQUENIL	1	
<i>primaquine</i>	1	
<i>pyrimethamine</i>	1	PA
<i>quinine sulfate</i>	1	PA
Antiparkinson Agents		
Antiparkinson Agents, Other		
<i>amantadine</i>	1	
<i>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tablet, 2 mg tablet</i>	1	PA
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	1	
COMTAN	1	
<i>entacapone</i>	1	
TASMAR	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>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	
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

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
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)
<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)

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
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)
OPIPZA 2 MG FILM	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OPIPZA 5 MG FILM, 10 MG FILM	1	PA, QL (90 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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
RISPERDAL 1 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
RISPERDAL 4 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
RISPERDAL CONSTA	1	QL (2 PER 28 DAYS)
<i>risperidone 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>risperidone 4 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>risperidone er</i>	1	QL (2 PER 28 DAYS)
<i>risperidone odt 0.25 mg odt, 0.5 mg odt, 1 mg odt, 2 mg odt, 3 mg odt</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>risperidone odt 4 mg</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SAPHRIS	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SECUADO	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SEROQUEL 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SEROQUEL 300 MG TABLET, 400 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SEROQUEL XR 150 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SEROQUEL XR 50 MG TABLET, 300 MG TABLET, 400 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
UZEDY ER 100 MG/0.28 ML SYRING	1	QL (0.28 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 125 MG/0.35 ML SYRING	1	QL (0.35 PER 28 DAYS)
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)

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
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)
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)
Antipsychotics, Other		
COBENFY	1	Cobenfy PA, QL (60 PER 30 DAYS)
COBENFY STARTER PACK	1	Cobenfy PA, QL (56 PER 28 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)

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>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)
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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Anti-HIV Agents, 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-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>etravirine</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 100 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 25 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine 50 mg/5 ml susp</i>	1	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PIFELTRO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SYMFI	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SYMFI LO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)		
<i>abacavir 20 mg/ml solution</i>	1	QL (960 PER 30 DAYS)
<i>abacavir 300 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>abacavir-lamivudine</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CIMDUO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
COMPLERA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DESCOVY	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</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)

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
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)
<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)

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
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)
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)

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
PREZISTA 800 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REYATAZ 200 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
REYATAZ 300 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>ritonavir</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
SYMTUZA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TABLET	1	QL (270 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
LIVTENCITY	1	QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS 240 MG TABLET, 480 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VALCYTE	1	
<i>valganciclovir hcl</i>	1	
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
<i>adefovir dipivoxil</i>	1	
BARACLUDE	1	
<i>entecavir</i>	1	
<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	1	
<i>lamivudine hbv</i>	1	
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
MAVYRET	1	PA
<i>ribavirin 200 mg capsule, 200 mg tablet</i>	1	
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)

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>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)
Antiherpetic 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 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)
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)

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>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
<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)

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
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)
<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)

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 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 50-1,000 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JANUMET XR 50-500 MG TABLET, 100-1,000 MG TABLET	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)

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 1,000 mg tablet</i>	1	QL (75 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl 500 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl 850 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl er 500 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl er 750 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
MOUNJARO	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide 120 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>nateglinide 60 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
OZEMPIC 0.25-0.5 MG/DOSE PEN, 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<i>pioglitazone hcl 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 3 MG TABLET, 7 MG TABLET, 14 MG TABLET	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, -metformn er 5-1000</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin-metformin er saxagliptn-2.5-1000</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SOLIQUA 100-33	1	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sterile pads ft 2" x 2"</i>	1	PA
SYMLINPEN 120	1	
SYMLINPEN 60	1	
SYNJARDY 5-1,000 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TABLET, 12.5-500 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SYNJARDY 5-500 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 5-MG TABLET, 10-MG TABLET, 12.5-MG TAB	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TRADJENTA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRULICITY	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
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 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	

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
Insulins		
<i>autosshield duo pen needle ndl 30g 5mm</i>	1	PA
HUMALOG	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG KWIKPEN U-100	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG KWIKPEN U-200	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 75-25	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG TEMPO PEN U-100	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN 70-30	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN N	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN N KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN R	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN R U-500	1	PA
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>insulin pen needle</i>	1	PA
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i>	1	PA
<i>insulin syringe (disp) u-100 1 ml</i>	1	PA
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i>	1	PA
<i>insulin syringe syr 0.5 ml 28g 12.7mm, syringe 1 ml 27g 16mm, syringe 1ml 28g 12.7mm</i>	1	PA
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)

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>nano 2nd gen pen needle 3g 4mm</i>	1	PA
<i>nano pen needle</i>	1	PA
<i>needles, insulin disp., safety</i>	1	PA
NOVOLIN 70-30	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN N	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN N FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN R	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN R FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG MIX 70-30	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG PENFILL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>omnipod 5 (g6/libre 2 plus)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod 5 dexg7g6 intro(gen 5)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<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 (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod 5 g6-g7 pods (gen 5)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod 5 intro(g6/libre2plus)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod classic pods (gen 3)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod dash intro kit (gen 4)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod dash pdm kit (gen 4)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod dash pods (gen 4)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod go pods</i>	1	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
<i>pen needle 31g 5mm, 31g 8mm, 32g 4mm, 32g 6mm</i>	1	PA
TOUJEO MAX SOLOSTAR	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR	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>true comfort safety pen needle</i>	1	PA
<i>ultra-fine insulin syringe -0.5 ml 30g 12.7mm, -ins syr 1ml 31g 6mm, -ins syr 1ml 31g 8mm, -syr 0.5 ml 31g 6mm, -syr 0.5 ml 31g 8mm, -syr 1 ml 30g 12.7mm</i>	1	PA
<i>ultra-fine pen needle</i>	1	PA

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)
<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	

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
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
GRANIX	1	PA
LEUKINE	1	PA
NIVESTYM	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
<i>midodrine hcl</i>	1	
NORTHERA	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
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	
<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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er (la)</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er (xr)</i>	1	
<i>diltiazem hcl 30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet, 120 mg tablet</i>	1	
<i>matzim la</i>	1	
<i>taztia xt</i>	1	
<i>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)

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

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>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>torsemide</i>	1	
Diuretics, Potassium-sparing		
<i>amiloride hcl</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid -37.5-25 mg cp, -37.5-25 mg tb, -75-50 mg tab</i>	1	
Diuretics, Thiazide		
<i>chlorthalidone</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>indapamide</i>	1	
<i>metolazone</i>	1	
Dyslipidemics, Fibrin 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)

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>fluvastatin er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fluvastatin sodium</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LIPITOR 10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	ST, QL (45 PER 30 DAYS)
LIPITOR 80 MG TABLET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lovastatin</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>pravastatin sodium 80 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rosuvastatin calcium 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

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>niacin er 500 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>niacin er er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	1	
<i>prevalite</i>	1	
REPATHA PUSHTRONEX	1	PA, QL (7 PER 28 DAYS)
REPATHA SURECLICK	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
REPATHA SYRINGE	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>triklo</i>	1	
VASCEPA 0.5 GM CAPSULE	1	QL (240 PER 30 DAYS)
VASCEPA 1 GM CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
VYTORIN	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
ZETIA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
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	

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
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	
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)

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
VYVANSE 10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE, 70 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zenzedi 10 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>zenzedi 5 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
<i>atomoxetine hcl 10 mg capsule, 18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FOCALIN	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>guanfacine hcl er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate er 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)

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
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)
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)

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
KESIMPTA PEN	1	PA, QL (1.6 PER 28 DAYS)
PLEGRIDY	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
PLEGRIDY PEN	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
TECFIDERA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VUMERITY	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Dental and Oral Agents

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

Dermatological Agents

Acne and Rosacea Agents

<i>accutane</i>	1	
<i>acitretin</i>	1	
<i>amnestem</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	

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 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% cream, 0.05% gel, 0.1% cream, 0.1% gel</i>	1	PA
TAZORAC 0.05% CREAM, 0.05% GEL, 0.1% GEL	1	PA
<i>tretinoin 0.01% gel, 0.025% cream, 0.025% gel, 0.05% cream, 0.1% cream</i>	1	PA
<i>zenatane</i>	1	
Dermatitis and Pruitus Agents		
ALA-CORT -1% CREAM	1	
<i>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)

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>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)
<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)

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 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
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 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	

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
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	
REGRANEX	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	
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	

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
CARBAGLU	1	PA
<i>carglumic acid</i>	1	PA
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.2% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.225% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.45% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.9% nacl</i>	1	
<i>glucose 5%-0.9% nacl</i>	1	
<i>kcl-d5w-0.2% nacl</i>	1	
<i>kcl-d5w-0.225% nacl 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	
<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	

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-0.45% nacl</i>	1	
<i>potassium chloride-dextrose 5% kcl 20 meq/l in d5w solution</i>	1	
<i>potassium citrate er</i>	1	
<i>sodium chloride saline 0.45% soln-excel con, sodium chloride 0.45% soln, sodium chloride 0.9% 100 ml, sodium chloride 0.9% 1,000 ml, sodium chloride 0.9% 250 ml, sodium chloride 0.9% 50 ml, sodium chloride 0.9% 500 ml, sodium chloride 0.9% ampule, sodium chloride 0.9% irrig, sodium chloride 0.9% irrig., sodium chloride 0.9% press sol, sodium chloride 0.9% sol-excel, sodium chloride 0.9% soln, sodium chloride 0.9% solution, sodium chloride 0.9% vial</i>	1	
<i>sodium chloride-water 0.9%</i>	1	
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
CHEMET	1	
<i>deferasirox 90 mg granule pkt, 90 mg tablet, 125 mg tb for susp, 180 mg granule pkt, 180 mg tablet, 250 mg tb for susp, 360 mg granule pkt, 360 mg tablet, 500 mg tb for susp</i>	1	PA
EXJADE	1	PA
JADENU	1	PA
JADENU SPRINKLE	1	PA
SAMSCA	1	PA
SYPRINE	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tolvaptan</i>	1	PA
<i>trientine hcl 250 mg capsule</i>	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>dextrose in water 5%-100 ml, 5%-1,000 ml, 5%-250 ml, 5%-50 ml, 5%-iv soln, 10%-iv solution</i>	1	
<i>glucose in water 5%-100 ml, 5%-50 ml</i>	1	
INTRALIPID 20% IV FAT EMUL	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NUTRILIPID	1	PA
TRAVASOL	1	PA
TROPHAMINE	1	PA
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>alosetron hcl</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>diphenoxylate-atropine -2.5-0.025</i>	1	PA
<i>loperamide 2 mg capsule</i>	1	
LOTRONEX	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

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
VIBERZI	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
XERMELO	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Antispasmodics, Gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl 10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet</i>	1	PA
<i>glycopyrrolate 1 mg tablet, 2 mg tablet</i>	1	
<i>methscopolamine bromide</i>	1	
Gastrointestinal Agents, Other		
<i>bismuth-metronidazole-tetracyc</i>	1	
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
OALIVA	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	

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

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
PROTONIX DR 20 MG TABLET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
PROTONIX DR 40 MG TABLET	1	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>rabeprazole sodium dr 20 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
<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 -gutamine 5 gram powder pkt</i>	1	PA
<i>levocarnitine 1 g/10 ml cup, 1 g/10 ml soln, 330 mg tablet, 500 mg/5 ml cup</i>	1	
<i>levocarnitine sf</i>	1	
<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	

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>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)
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)

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
TOVIAZ	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tropium chloride</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tropium chloride er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Benign Prostatic Hypertrophy Agents		
<i>alfuzosin hcl er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
AVODART	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dutasteride</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>finasteride 5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FLOMAX	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PROSCAR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RAPAFLO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>silodosin</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dexamethasone</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate</i>	1	
HEMADY	1	
<i>hidex</i>	1	
<i>hydrocortisone 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	
MEDROL 4 MG DOSEPAK, 4 MG TABLET, 8 MG TABLET, 16 MG TABLET	1	
<i>methylprednisolone</i>	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln, 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)
---------------------	---	--------------------------

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>danazol</i>	1	PA
DEPO-TESTOSTERONE	1	PA
<i>methyltestosterone</i>	1	PA
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk</i>	1	PA, QL (225 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk, 12.5 mg/1.25 gram, 50 mg/5 gram gel, 50 mg/5 gram pkt</i>	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt, 1.62% gel pump</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 1.62%(1.25 g) pkt</i>	1	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>testosterone cypionate</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate</i>	1	PA
Estrogens		
DEPO-ESTRADIOL	1	
DIVIGEL	1	
<i>dotti</i>	1	
ESTRACE 0.01% CREAM	1	
<i>estradiol (once weekly)</i>	1	
<i>estradiol (twice weekly)</i>	1	
<i>estradiol 0.01% cream, 0.1% (0.25mg) gel pk, 0.1% (0.5mg) gel pkt, 0.1% (0.75mg) gel pk, 0.1% (1 mg) gel pkt, 0.1% (1.25mg) gel pk, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 10 mcg vaginal insrt</i>	1	
<i>estradiol valerate</i>	1	
ESTRING	1	
<i>lyllana</i>	1	
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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMEN TO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
<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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMEN TO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cyred</i>	1	
<i>cyred eq</i>	1	
<i>dasetta</i>	1	
<i>daysee</i>	1	
<i>desogestr-eth estrad eth estra</i>	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>dolishale</i>	1	
<i>drospirenone-eth estra-levomef</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>elinest</i>	1	
<i>eluryng</i>	1	
<i>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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMEN TO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>jaimiess</i>	1	
<i>jasmiel</i>	1	
<i>jinteli</i>	1	
<i>jolessa</i>	1	
<i>juleber</i>	1	
<i>junel</i>	1	
<i>junel fe</i>	1	
<i>junel fe 24</i>	1	
<i>kaitlib fe</i>	1	
<i>kalliga</i>	1	
<i>kariva</i>	1	
<i>kelnor 1-35</i>	1	
<i>kelnor 1-50</i>	1	
<i>kurvelo</i>	1	
<i>larin</i>	1	
<i>larin 24 fe</i>	1	
<i>larin fe</i>	1	
LAYOLIS FE	1	
<i>leena</i>	1	
<i>lessina</i>	1	
<i>levonest</i>	1	
<i>levonorg-eth estrad eth estrad 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	

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>loryna</i>	1	
<i>low-ogestrel</i>	1	
<i>luterá</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-linyah</i>	1	
<i>necon</i>	1	
<i>nikki</i>	1	
<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	1	
<i>norethin-eth estra-ferrous fum</i>	1	
<i>norethindron-ethinyl estradiol norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb, norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg, norethind-eth estrad 1-0.02 mg</i>	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron --1 mg/20-30-35 mcg, --1-0.02(21)-75 tab, --1-0.02(24)-75 cap, --1.5-0.03mg(21)-75</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>nortrel</i>	1	
NUVARING	1	
<i>nylia</i>	1	
<i>nymyo</i>	1	
<i>ocella</i>	1	
<i>philith</i>	1	
<i>pimtrea</i>	1	
<i>portia</i>	1	
PREMPHASE	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
PREMPRO	1	
<i>reclipsen</i>	1	
<i>setlakin</i>	1	
<i>simliya</i>	1	
<i>simpesse</i>	1	
<i>sprintec</i>	1	
<i>sronyx</i>	1	
<i>syeda</i>	1	
<i>tarina 24 fe</i>	1	
<i>tarina fe</i>	1	
<i>tarina fe 1-20 eq</i>	1	
<i>taysofy</i>	1	
<i>tilia fe</i>	1	
<i>tri-estarylla</i>	1	
<i>tri-legest fe</i>	1	
<i>tri-linyah</i>	1	
<i>tri-lo-estarylla</i>	1	
<i>tri-lo-marzia</i>	1	
<i>tri-lo-mili</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec</i>	1	
<i>tri-mili</i>	1	
<i>tri-nymyo</i>	1	
<i>tri-sprintec</i>	1	
<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	

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>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	
<i>zovia 1-35</i>	1	
<i>zumandimine</i>	1	
Progestins		
<i>camila</i>	1	
<i>deblitane</i>	1	
DEPO-PROVERA	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	1	
<i>emzahh</i>	1	
<i>errin</i>	1	
<i>gallifrey</i>	1	
<i>heather</i>	1	
<i>incassia</i>	1	
<i>jencycla</i>	1	
<i>lyleq</i>	1	
<i>lyza</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	1	

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>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	
<i>progesterone 100 mg capsule, 200 mg capsule</i>	1	
PROVERA	1	
<i>sharobel</i>	1	
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents		
DUAVEE	1	
EVISTA	1	
<i>raloxifene hcl</i>	1	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Thyroid)		
CYTOMEL	1	
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	

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
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
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
<i>octreotide acetate er</i>	1	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT	1	PA
SIGNIFOR	1	PA
SIGNIFOR LAR	1	PA
SOMATULINE DEPOT	1	PA
SOMAVERT	1	PA
SYNAREL	1	
TRELSTAR	1	PA
Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)		
Antithyroid Agents		
<i>methimazole</i>	1	
<i>propylthiouracil</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Immunological Agents		
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
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
ENTYVIO PEN	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
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, 200 MG/2 ML SYRINGE	1	PA
TREMFYA PEN	1	PA
XOLAIR	1	PA
Immunostimulants		
ACTIMMUNE	1	PA
BESREMI	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
PEGASYS	1	PA
Immunosuppressants		
ASTAGRAF XL	1	PA
AZASAN	1	PA
<i>azathioprine</i>	1	PA
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET	1	PA
<i>cyclosporine 25 mg capsule, 100 mg capsule</i>	1	PA
<i>cyclosporine modified</i>	1	PA
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE, 25 MG/0.5 ML VIAL, 50 MG/ML SYRINGE	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
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>gengraf</i>	1	PA
HADLIMA	1	PA
HADLIMA PUSHTOUCH	1	PA
HADLIMA(CF)	1	PA
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH	1	PA
HUMIRA	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	
<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

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
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
SIMLANDI(CF) 40 MG/0.4 SYRG	1	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR	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	
ENGERIX-B ADULT	1	PA
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	1	PA
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE)	1	
GARDASIL 9	1	
HAVRIX	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
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	
ROTATEQ	1	
SHINGRIX	1	QL (2 PER 999 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
STAMARIL	1	
TDVAX	1	PA
TENIVAC	1	PA
TICOVAC	1	
TRUMENBA	1	
TWINRIX	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA	1	
VARIVAX VACCINE	1	
VAXCHORA VACCINE	1	
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)
AELVIA	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	

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
XDEMVY	1	PA
Ophthalmic Anti-Infectives		
<i>bacitracin 500 unit/gm ophth</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin</i>	1	
BESIVANCE	1	
<i>ciprofloxacin hcl 0.3% eye drop</i>	1	
<i>erythromycin 0.5% eye ointment</i>	1	
<i>gatifloxacin</i>	1	
<i>gentamicin sulfate 0.3% eye drop</i>	1	
<i>moxifloxacin 0.5% drops, 0.5% drp-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	

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 oil</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc --ear susp</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hydrocort</i>	1	
<i>ofloxacin 0.3% ear drops</i>	1	

Respiratory Tract/ Pulmonary Agents

Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids

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

Antihistamines

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

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>olopatadine hcl 665 mcg nasal spry</i>	1	QL (30.5 PER 30 DAYS)
Antileukotrienes		
ACCOLATE	1	
<i>montelukast sodium</i>	1	
SINGULAIR	1	
<i>zafirlukast</i>	1	
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT HFA	1	QL (25.8 PER 30 DAYS)
INCRUSE ELLIPTA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.02% soln</i>	1	PA
<i>ipratropium bromide 0.03% spray</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06% spray</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
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)

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>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	
VENTOLIN HFA	1	QL (36 PER 30 DAYS)
XOPENEX HFA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Cystic Fibrosis Agents		
CAYSTON	1	PA
KALYDECO	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ORKAMBI 100 MG-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)

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>ambrisentan</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>bosentan</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LETAIRIS	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OPSUMIT	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<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>breynd</i>	1	QL (30.9 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE	1	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	1	QL (30.9 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT	1	QL (8 PER 30 DAYS)
DULERA	1	QL (39 PER 30 DAYS)
FASENRA	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
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)
<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)

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
SILENOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tasimelteon</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>temazepam 15 mg capsule, 30 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zolpidem tartrate er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Wakefulness Promoting Agents		
<i>armodafinil</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LUMRYZ	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LUMRYZ STARTER PACK	1	PA, QL (28 PER 28 DAYS)
<i>modafinil</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
NUVIGIL	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sodium oxybate</i>	1	PA, QL (540 PER 30 DAYS)
Uncategorized		
Unclassified		
<i>ultiguard safepack-pen needle gnp</i>	1	PA

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

Índice de medicamentos

A

abacavir	53	AKEEGA	37
abacavir-lamivudine	53	ALA-CORT	82
ABILIFY	47	albendazole	44
ABILIFY ASIMTUFII	47	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER	
ABILIFY MAINTENA	47	(generic ProAir HFA)	116
abiraterone acetate	35	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER	
ABRYSVO	107	(generic Proventil HFA)	116
acamprosate calcium	14	albuterol sulfate	116
acarbose	59	alclometasone dipropionate	82
ACCOLATE	116	ALDACTONE	77
accutane	81	ALECENSA	37
acebutolol hcl	70	alendronate sodium	110
acetaminophen-codeine	12	alfuzosin hcl er	93
acetazolamide	72	aliskiren	72
acetazolamide er	72	allopurinol	33
acetic acid	114	alosetron hcl	88
acetylcysteine	118	ALPHAGAN P	114
acitretin	81	alprazolam	57
ACTHAR	93	alprazolam er	57,58
ACTHAR SELFJECT	93	alprazolam xr	58
ACTHIB	107	ALTACE	69
ACTIMMUNE	105	altavera	96
ACTOS	59	ALUNBRIG	37
ACULAR	113	alyacen	96
ACULAR LS	113	amabelz	96
acyclovir	57	amantadine	45
acyclovir sodium	57	AMBISOME	31
ADACEL TDAP	107	ambrisentan	118
ADCIRCA	117	amethia	96
ADDERALL XR	78	amethyst	96
adefovir dipivoxil	56	amikacin sulfate	15
ADEMPAS	117	amiloride hcl	75
ADLARITY	26	amiloride-hydrochlorothiazide	72
ADVAIR HFA	118	amiodarone hcl	69
AFINITOR	37	amitriptyline hcl	30
AFINITOR DISPERZ	37	amlodipine besylate	71
afirmelle	96	amlodipine besylate-benazepril	72
AGRYLIN	66	amlodipine-atorvastatin	72
AIMOVIG AUTOINJECTOR	33	amlodipine-olmesartan	72
		amlodipine-valsartan	72
		amlodipine-valsartan-hctz	72

ammonium lactate.....	82	ashlyna.....	96
amnestem.....	81	ASMANEX.....	115
amoxapine.....	30	ASMANEX HFA.....	115
amoxicillin.....	18	aspirin-dipyridamole er.....	67
amoxicillin-clavulanate pot er.....	18	ASTAGRAF XL.....	105
amoxicillin-clavulanate potass.....	18	ATACAND.....	68
amphotericin b.....	31	ATACAND HCT.....	72
amphotericin b liposome.....	31	atazanavir sulfate.....	55
ampicillin sodium.....	19	ATELVIA.....	110
ampicillin trihydrate.....	19	atenolol.....	70
ampicillin-sulbactam.....	19	atenolol-chlorthalidone.....	72
AMPYRA.....	80	ATGAM.....	104
anagrelide hcl.....	66	atomoxetine hcl.....	79
anastrozole.....	37	atorvastatin calcium.....	75
ANDROGEL.....	94	atovaquone.....	45
ANORO ELLIPTA.....	118	atovaquone-proguanil hcl.....	45
APOKYN.....	46	atropine sulfate.....	111
apomorphine hcl.....	46	ATROVENT HFA.....	116
aprepitant.....	31	aubra.....	96
apri.....	96	aubra eq.....	96
APRISO.....	109	AUGTYRO.....	38
APTIOM.....	25	aurovela.....	96
APTIVUS.....	55	aurovela 24 fe.....	96
aqua care sodium chloride.....	85	aurovela fe.....	96
aranelle.....	96	AUSTEDO.....	79
ARANESP.....	66	AUSTEDO XR.....	79,80
ARCALYST.....	104	AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	80
AREXVY.....	107	autoschild duo pen needle.....	63
ARICEPT.....	26	AUVELITY.....	26
ARIKAYCE.....	15	AVALIDE.....	72
ARIMIDEX.....	37	AVAPRO.....	68
aripiprazole.....	47	aviane.....	96
aripiprazole odt.....	47	avidoxy.....	21
ARISTADA.....	47	AVITA.....	81
ARISTADA INITIO.....	48	AVODART.....	93
armodafinil.....	120	AVONEX.....	80
ARNUITY ELLIPTA.....	115	AVONEX PEN.....	80
AROMASIN.....	37	ayuna.....	96
ARTHROTEC 50.....	10	AYVAKIT.....	38
ARTHROTEC 75.....	10	AZACTAM.....	16
asenapine maleate.....	48	AZASAN.....	105

azathioprine.....	105
azelaic acid.....	81
azelastine hcl.....	112,115
AZELEX.....	81
AZILECT.....	46
azithromycin.....	20
AZOPT.....	114
AZOR.....	72
aztreonam.....	16
AZULFIDINE.....	109
azurette.....	96

B

bacitracin.....	112
bacitracin-polymyxin.....	112
baclofen.....	52
BACTRIM.....	21
BACTRIM DS.....	21
balsalazide disodium.....	109
BALVERSA.....	38
balziva.....	96
BANZEL.....	25
BAQSIMI.....	62
BARACLUDE.....	56
BCG VACCINE (TICE STRAIN).....	107
BELBUCA.....	12
BELSOMRA.....	119
benazepril hcl.....	69
benazepril-hydrochlorothiazide.....	73
BENICAR.....	68
BENICAR HCT.....	73
BENLYSTA.....	104
BENZAMYCIN.....	81
benznidazole.....	44
benztropine mesylate.....	45
BESIVANCE.....	112
BESREMI.....	105
betaine anhydrous.....	91
betamethasone diprop augmented.....	82
betamethasone dipropionate.....	82
betamethasone valerate.....	82

BETASERON.....	80
betaxolol hcl.....	70,113
bethanechol chloride.....	93
BETOPTIC S.....	113
bexarotene.....	44
BEXSERO.....	107
bicalutamide.....	35
BICILLIN L-A.....	19
BIKTARVY.....	52
BILTRICIDE.....	44
bimatoprost.....	114
bismuth-metronidazole-tetracyc.....	89
bisoprolol fumarate.....	70
bisoprolol-hydrochlorothiazide.....	73
blisovi 24 fe.....	96
blisovi fe.....	96
BOOSTRIX TDAP.....	107
bosentan.....	118
BOSULIF.....	38
BRAFTOVI.....	38
BREO ELLIPTA.....	118
brey-na.....	118
BREZTRI AEROSPHERE.....	118
briellyn.....	96
BRILINTA.....	67
brimonidine tartrate.....	114
brimonidine tartrate-timolol.....	111
brinzolamide.....	114
BRIVIACT.....	21
bromfenac sodium.....	113
bromocriptine mesylate.....	46
BRUKINSA.....	38
budesonide.....	115
budesonide dr.....	110
budesonide ec.....	110
budesonide er.....	110
budesonide-formoterol fumarate.....	118
bumetanide.....	74
BUPHENYL.....	91
buprenorphine.....	12
buprenorphine hcl.....	15

buprenorphine-naloxone.....	15	carbidopa-levodopa-entacapone.....	45
bupropion hcl.....	26	CARDIZEM.....	71
bupropion hcl sr.....	15,26	CARDIZEM CD.....	71
bupropion hcl sr 150mg tablet.....	26	CARDIZEM LA.....	71
bupropion xl.....	26,27	CARDURA.....	68
buspirone hcl.....	58	carglumic acid.....	86
butalbital-acetaminophen.....	10	carisoprodol.....	119
butalbital-acetaminophen-caffe.....	10	CARNITOR.....	91
butalbital-aspirin-caffeine.....	10	CARNITOR SF.....	91
butorphanol tartrate.....	13	carteolol hcl.....	113
BUTRANS.....	12	cartia xt.....	71
BYDUREON BCISE.....	59	carvedilol.....	70
BYSTOLIC.....	70	carvedilol er.....	70
C		CASODEX.....	35
cabergoline.....	103	caspofungin acetate.....	31
CABLIVI.....	67	CAYSTON.....	117
CABOMETYX.....	38	cefaclor.....	17
calcipotriene.....	84	cefadroxil.....	17
calcitonin-salmon.....	110	cefazolin sodium.....	18
calcitrene.....	84	cefazolin sodium-dextrose.....	18
calcitriol.....	110	cefdinir.....	18
CALQUENCE.....	38	cefepime.....	18
camila.....	101	cefepime hcl.....	18
camrese.....	96	cefepime-dextrose.....	18
camrese lo.....	96	cefixime.....	18
CANASA.....	109	cefoxitin.....	18
CANCIDAS.....	31	cefoxitin sodium.....	18
candesartan cilexetil.....	68	cefpodoxime proxetil.....	18
candesartan-hydrochlorothiazid.....	73	cefprozil.....	18
CAPLYTA.....	48	ceftazidime.....	18
CAPRELSA.....	38	ceftriaxone.....	18
captopril.....	69	cefuroxime.....	18
CARAFATE.....	90	cefuroxime sodium.....	18
CARBAGLU.....	86	CELEBREX.....	10
carbamazepine.....	25	celecoxib.....	10
carbamazepine er.....	25	CELEXA.....	27
CARBATROL.....	25	CELLCEPT.....	105
carbidopa.....	46	CELONTIN.....	23
carbidopa-levodopa.....	46	cephalexin.....	18
carbidopa-levodopa er.....	46	CEREZYME.....	91
		cetirizine hcl.....	115

cevimeline hcl.....	81	clindamycin phosphate-d5w.....	16
chateal.....	96	clindamycin-0.9% nacl.....	16
chateal eq.....	96	clindamycin-benzoyl peroxide.....	81
CHEMET.....	87	clobazam.....	23
CHENODAL.....	89	clobetasol emollient.....	83
chlordiazepoxide hcl.....	58	clobetasol propionate.....	83
chlorhexidine gluconate.....	81	clodan.....	83
chloroquine phosphate.....	45	clomipramine hcl.....	30
chlorpromazine hcl.....	30	clonazepam.....	58
chlorthalidone.....	75	clonidine.....	67
chlorzoxazone.....	119	clonidine hcl.....	67
cholestyramine.....	76	clonidine hcl er.....	79
cholestyramine light.....	76	clopidogrel.....	67
CHORIONIC GONADOTROPIN.....	94	clorazepate dipotassium.....	58
ciclodan.....	31	clotrimazole.....	32
ciclopirox.....	31	clotrimazole-betamethasone.....	84
cilostazol.....	67	clozapine.....	51
CIMDUO.....	53	clozapine odt.....	51,52
cimetidine.....	90	CLOZARIL.....	52
cinacalcet hcl.....	110	COARTEM.....	45
CINRYZE.....	104	COBENFY.....	51
CIPRO.....	20	COBENFY STARTER PACK.....	51
CIPRODEX.....	114	codeine sulfate.....	13
ciprofloxacin hcl.....	20,112	COLAZAL.....	109
ciprofloxacin-d5w.....	20	colchicine.....	33
ciprofloxacin-dexamethasone.....	114	COLCRYS.....	33
citalopram hbr.....	27,28	COLESTID.....	76
claravis.....	81	colestipol hcl.....	76
clarithromycin.....	20	colistimethate.....	16
clarithromycin er.....	20	COMBIGAN.....	111
clemastine fumarate.....	115	COMBIPATCH.....	96
CLEOCIN.....	16	COMBIVENT RESPIMAT.....	118
CLEOCIN HCL.....	16	COMETRIQ.....	38
CLEOCIN PHOSPHATE.....	16	COMPLERA.....	53
CLEOCIN T.....	16	compro.....	30
clindacin etz.....	16	COMTAN.....	45
clindacin p.....	16	constulose.....	88
clindamycin (pediatric).....	16	COPAXONE.....	80
clindamycin hcl.....	16	COPIKTRA.....	38
clindamycin phos-benzoyl perox.....	81	COREG CR.....	70
clindamycin phosphate.....	16	CORLANOR.....	73

CORTEF.....	93	dantrolene sodium.....	52
COSENTYX (2 SYRINGES).....	104	DANZITEN.....	38
COSENTYX SENSOREADY (2 PENS).....	104	dapsone.....	34
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	104	DAPTACEL DTAP.....	107
COSENTYX SYRINGE.....	104	daptomycin.....	17
COSENTYX UNOREADY PEN.....	104	DARAPRIM.....	45
COSOPT.....	111	darifenacin er.....	92
COTELLIC.....	38	darunavir.....	55
COZAAR.....	68	dasatinib.....	38
CREON.....	91	dasetta.....	97
CRESEMBA.....	32	DAURISMO.....	38
CRESTOR.....	75	DAYPRO.....	10
cromolyn sodium.....	91,112,117	daysee.....	97
cryselle.....	96	DAYVIGO.....	119
CRYSVITA.....	91	DDAVP.....	94
CUBICIN.....	16	deblitane.....	101
CUBICIN RF.....	16	deferasirox.....	87
cyclobenzaprine hcl.....	119	DELSTRIGO.....	53
cyclophosphamide.....	35	DELZICOL.....	109
cycloserine.....	34	demeclocycline hcl.....	21
CYCLOSET.....	59	DEMSEER.....	73
cyclosporine.....	105	DENGVAXIA.....	107
cyclosporine modified.....	105	DEPAKOTE.....	22
CYMBALTA.....	28	DEPAKOTE ER.....	22
cyproheptadine hcl.....	115	DEPAKOTE SPRINKLE.....	22
cyred.....	97	DEPEN.....	93
cyred eq.....	97	DEPO-ESTRADIOL.....	95
CYSTADANE.....	91	DEPO-PROVERA.....	101
CYSTADROPS.....	111	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	101
CYSTAGON.....	91	DEPO-TESTOSTERONE.....	95
CYSTARAN.....	111	dermacinrx lidocan.....	14
CYTOMEL.....	102	DESCOVY.....	53
CYTOTEC.....	90	desipramine hcl.....	30
D		desloratadine.....	115
dabigatran etexilate.....	65	desmopressin acetate.....	94
dalfampridine er.....	80	desogestr-eth estrad eth estra.....	97
DALIRESP.....	117	desogestrel-ethinyl estradiol.....	97
DALVANCE.....	16	desonide.....	83
danazol.....	95	desoximetasone.....	83
DANTRIUM.....	52	desvenlafaxine succinate er.....	28
		DETROL.....	92

DETROL LA.....	92	DIOVAN HCT.....	73
dexamethasone.....	94	DIPENTUM.....	109
dexamethasone sodium phosphate.....	113	diphenoxylate-atropine.....	88
DEXEDRINE.....	78	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS- PED.....	107
dexmethylphenidate hcl.....	79	DIPROLENE.....	83
dextroamphetamine sulfate.....	78	dipyridamole.....	67
dextroamphetamine sulfate er.....	78	disulfiram.....	14
dextroamphetamine-amphet er.....	78	divalproex sodium.....	22
dextroamphetamine-amphetamine.....	78	divalproex sodium er.....	22
dextrose 2.5%-0.45% nacl.....	86	DIVIGEL.....	95
dextrose 5%-0.2% nacl.....	86	dofetilide.....	69
dextrose 5%-0.225% nacl.....	86	dolishale.....	97
dextrose 5%-0.45% nacl.....	86	donepezil hcl.....	26
dextrose 5%-0.9% nacl.....	86	donepezil hcl odt.....	26
dextrose in water.....	87	dorzolamide hcl.....	114
DIACOMIT.....	22	dorzolamide-timolol.....	111
diazepam.....	23,58	dotti.....	95
diazoxide.....	62	DOVATO.....	52
diclofenac potassium.....	10	doxazosin mesylate.....	68
diclofenac sodium.....	10,84,113	doxepin hcl.....	30,83,119
diclofenac sodium er.....	10	doxy 100.....	21
diclofenac sodium-misoprostol.....	11	doxycycline hyclate.....	21
dicloxacillin sodium.....	19	doxycycline ir-dr.....	82
dicyclomine hcl.....	89	doxycycline monohydrate.....	21
DIFICID.....	20	DRIZALMA SPRINKLE.....	28
DIFLUCAN.....	32	dronabinol.....	31
difluprednate.....	113	drospirenone-eth estra-levomef.....	97
digitek.....	73	drospirenone-ethinyl estradiol.....	97
digoxin.....	73	droxidopa.....	67
dihydroergotamine mesylate.....	33	DUAVEE.....	102
dilantin.....	25	DULERA.....	118
DILANTIN-125.....	25	duloxetine hcl.....	28
dilt-xr.....	71	DUPIXENT PEN.....	104
diltiazem 12hr er.....	71	DUPIXENT SYRINGE.....	104
diltiazem 24hr er.....	71	DUREZOL.....	113
diltiazem 24hr er (cd).....	72	dutasteride.....	93
diltiazem 24hr er (la).....	72	dutasteride-tamsulosin.....	93
diltiazem 24hr er (xr).....	72		
diltiazem hcl.....	72	E	
dimethyl fumarate.....	80	E.E.S. 200.....	20
DIOVAN.....	68		

ec-naproxen.....	11	ENTRESTO SPRINKLE.....	73
econazole nitrate.....	32	ENTYVIO PEN.....	104
EDARBI.....	68	enulose.....	88
EDARBYCLOR.....	73	ENVARBUS XR.....	106
EDURANT.....	53	EPIDIOLEX.....	22
efavirenz.....	53	epinastine hcl.....	112
efavirenz-emtric-tenofov disop.....	53	epinephrine.....	116
efavirenz-lamivu-tenofov disop.....	53	epitol.....	25
EFFEXOR XR.....	28	EPIVIR.....	53,54
EFUDEX.....	84	eplerenone.....	77
ELELYSO.....	91	EPRONTIA.....	22
ELIDEL.....	83	EPZICOM.....	54
ELIGARD.....	103	ergotamine-caffeine.....	33
elinest.....	97	ERIVEDGE.....	39
ELIQUIS.....	65	ERLEADA.....	35
eluryng.....	97	erlotinib hcl.....	39
EMEND.....	31	errin.....	101
EMGALITY PEN.....	33	ertapenem.....	19
EMGALITY SYRINGE.....	33	ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE).....	107
EMSAM.....	27	ery.....	20
emtricitabine.....	53	ERY-TAB.....	20
emtricitabine-tenofovir disop.....	53	ERYPED 200.....	20
EMTRIVA.....	53	ERYPED 400.....	20
emzahh.....	101	ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	20
enalapril maleate.....	69	erythromycin.....	20,112
enalapril-hydrochlorothiazide.....	73	erythromycin ethylsuccinate.....	20
ENBREL.....	105	erythromycin lactobionate.....	20
ENBREL MINI.....	106	erythromycin-benzoyl peroxide.....	82
ENBREL SURECLICK.....	106	ESBRIET.....	118
ENDARI.....	91	escitalopram oxalate.....	28
endocet.....	13	ESGIC.....	10
ENGERIX-B ADULT.....	107	esomeprazole magnesium.....	90
ENGERIX-B PEDIATRIC- ADOLESCENT.....	107	estarylla.....	97
enilloring.....	97	ESTRACE.....	95
enoxaparin sodium.....	65	estradiol.....	95
enpresse.....	97	estradiol (once weekly).....	95
enskyce.....	97	estradiol (twice weekly).....	95
entacapone.....	45	estradiol valerate.....	95
entecavir.....	56	estradiol-norethindrone acetat.....	97
ENTRESTO.....	73	ESTRING.....	95
		eszopiclone.....	119

ethambutol hcl.....	34	FINACEA.....	82
ethosuximide.....	23	finasteride.....	93
ethynodiol-ethinyl estradiol.....	97	fingolimod.....	80
etodolac.....	11	FINTEPLA.....	22
etodolac er.....	11	FIRAZYR.....	104
etonogestrel-ethinyl estradiol.....	97	FIRMAGON.....	103
etravirine.....	53	flac otic oil.....	114
EUTHYROX.....	102	FLAGYL.....	17
everolimus.....	39,106	flecainide acetate.....	69
EVISTA.....	102	FLOMAX.....	93
EVOTAZ.....	55	fluconazole.....	32
EXELON.....	26	fluconazole-nacl.....	32
exemestane.....	37	flucytosine.....	32
EXFORGE.....	73	fludrocortisone acetate.....	94
EXFORGE HCT.....	73	flunisolide.....	115
EXJADE.....	87	fluocinolone acetonide.....	83
EXKIVITY.....	39	fluocinolone acetonide oil.....	115
EXTENCILLINE.....	19	fluocinonide.....	83
EYSUVIS.....	113	fluocinonide-e.....	83
ezetimibe.....	76	fluorometholone.....	113
ezetimibe-simvastatin.....	76	fluorouracil.....	84
F			
falmina.....	97	fluoxetine dr.....	28
famciclovir.....	57	fluoxetine hcl.....	28
famotidine.....	90	fluphenazine decanoate.....	46
FANAPT.....	48	fluphenazine hcl.....	46
FARESTON.....	36	flurbiprofen.....	11
FARXIGA.....	59	flurbiprofen sodium.....	113
FASENRA.....	118	fluticasone propionate.....	83,115
FASENRA PEN.....	119	fluticasone propionate hfa.....	115
felbamate.....	22	fluticasone-salmeterol.....	119
felodipine er.....	71	fluvastatin er.....	76
FEMARA.....	37	fluvastatin sodium.....	76
femynor.....	97	fluvoxamine maleate.....	28
fenofibrate.....	75	FML.....	113
fenofibric acid.....	75	FOCALIN.....	79
fentanyl.....	12	fondaparinux sodium.....	65
fentanyl citrate.....	13	FORTEO.....	110
fesoterodine fumarate er.....	92	FOSAMAX.....	110
FETZIMA.....	28	fosamprenavir calcium.....	55
		fosinopril sodium.....	69
		fosinopril-hydrochlorothiazide.....	73

FOTIVDA.....	39
FRUZAQLA.....	39
FULPHILA.....	66
furosemide.....	75
FUZEON.....	54
fyavolv.....	97
FYCOMPA.....	22

G

gabapentin.....	23
galantamine er.....	26
galantamine hbr.....	26
galantamine hydrobromide.....	26
gallifrey.....	101
GAMMAGARD LIQUID.....	104
GAMMAGARD S-D.....	104
GAMMAPLEX.....	104
GAMUNEX-C.....	104
GARDASIL 9.....	107
gatifloxacin.....	112
GATTEX.....	89
GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2 X 2.....	59
gavilyte-c.....	89
gavilyte-g.....	89
gavilyte-n.....	89
GAVRETO.....	39
gefitinib.....	39
gemfibrozil.....	75
gemmily.....	97
GEMTESA.....	92
generlac.....	88
gengraf.....	106
gentamicin sulfate.....	15,85,112
gentamicin sulfate in ns.....	16
GENVOYA.....	52
GEODON.....	48
GILENYA.....	80
GILOTRIF.....	39
glatiramer acetate.....	80
glatopa.....	80

GLEEVEC.....	39
GLEOSTINE.....	35
glimepiride.....	59
glipizide.....	59
glipizide er.....	59,60
glipizide xl.....	60
glipizide-metformin.....	60
GLUCAGEN.....	62
glucagon emergency kit.....	62
glucose 5%-0.9% nacl.....	86
glucose in water.....	87
GLUCOTROL XL.....	60
glyburide.....	60
glyburide micronized.....	60
glyburide-metformin hcl.....	60
glycopyrrolate.....	89
GLYXAMBI.....	60
GOLYTELY.....	89
granisetron hcl.....	31
GRANIX.....	66
griseofulvin.....	32
griseofulvin ultramicrosize.....	32
guanfacine hcl.....	67
guanfacine hcl er.....	79
GVOKE.....	62
GVOKE HYPOPEN 1-PACK.....	62
GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	62
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	62
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE.....	62

H

HADLIMA.....	106
HADLIMA PUSH TOUCH.....	106
HADLIMA(CF).....	106
HADLIMA(CF) PUSH TOUCH.....	106
HAEGARDA.....	104
hailey.....	97
hailey 24 fe.....	97
hailey fe.....	97
HALDOL DECANOATE 100.....	46
HALDOL DECANOATE 50.....	47

halobetasol propionate.....	83	hydrocodone-acetaminophen.....	13
haloette.....	97	hydrocodone-ibuprofen.....	13
haloperidol.....	47	hydrocortisone.....	83,94,110
haloperidol decanoate.....	47	hydrocortisone butyrate.....	83,84
haloperidol decanoate 100.....	47	hydrocortisone valerate.....	84
haloperidol lactate.....	47	hydrocortisone-acetic acid.....	115
HAVRIX.....	107	hydromorphone hcl.....	13
heather.....	101	hydroxychloroquine sulfate.....	45
HEMADY.....	94	hydroxyurea.....	36
heparin sodium.....	65	hydroxyzine hcl.....	58
HEPLISAV-B.....	108	hydroxyzine pamoate.....	58
HETLIOZ.....	119	HYZAAR.....	73
HIBERIX.....	108		
hidex.....	94	I	
HUMALOG.....	63	ibandronate sodium.....	110
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	63	IBRANCE.....	39
HUMALOG KWIKPEN U-100.....	63	ibu.....	11
HUMALOG KWIKPEN U-200.....	63	ibuprofen.....	11
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN.....	63	icatibant.....	104
HUMALOG MIX 75-25.....	63	iclevia.....	97
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN.....	63	ICLUSIG.....	39
HUMALOG TEMPO PEN U-100.....	63	icosapent ethyl.....	76
HUMATIN.....	16	IDHIFA.....	39
HUMIRA.....	106	ILEVRO.....	113
HUMIRA PEN.....	106	imatinib mesylate.....	39
HUMIRA(CF).....	106	IMBRUVICA.....	39
HUMIRA(CF) PEN.....	106	imipenem-cilastatin sodium.....	19
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS... ..	106	imipramine hcl.....	30
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC.....	106	imiquimod.....	84
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS.....	106	IMITREX.....	33
HUMULIN 70-30.....	63	IMKELDI.....	39
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	63	IMOVAX RABIES VACCINE.....	108
HUMULIN N.....	63	IMPAVIDO.....	17
HUMULIN N KWIKPEN.....	63	IMURAN.....	106
HUMULIN R.....	63	INBRIJA.....	46
HUMULIN R U-500.....	63	incassia.....	101
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	63	INCRELEX.....	94
hydralazine hcl.....	77	INCRUSE ELLIPTA.....	116
HYDREA.....	36	indapamide.....	75
hydrochlorothiazide.....	75	INDERAL LA.....	70
hydrocodone bitartrate er.....	12	INDERAL XL.....	70

indomethacin.....	11	ITOVEBI.....	40
indomethacin er.....	11	itraconazole.....	32
INFANRIX DTAP.....	108	ivabradine hcl.....	73
INLYTA.....	39	ivermectin.....	44,85
INNOPRAN XL.....	70	IWILFIN.....	36
INQOVI.....	36	IXCHIQ.....	108
INREBIC.....	39	IXIARO.....	108
INSPRA.....	77	J	
INSULIN PEN NEEDLE.....	63	JADENU.....	87
insulin syringe.....	63	JADENU SPRINKLE.....	87
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML.....	63	jaimiess.....	98
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML.....	63	JAKAFI.....	40
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML.....	63	jantoven.....	65
INTELENCE.....	53	JANUMET.....	60
INTRALIPID.....	87	JANUMET XR.....	60
introvale.....	97	JANUVIA.....	60
INVANZ.....	19	JARDIANCE.....	60
INVEGA.....	48	jasmiel.....	98
INVEGA HAFYERA.....	48	JAYPIRCA.....	40
INVEGA SUSTENNA.....	48	jencycla.....	101
INVEGA TRINZA.....	48	JENTADUETO.....	60
INVELTYS.....	113	JENTADUETO XR.....	60
IPOL.....	108	jinteli.....	98
ipratropium bromide.....	116	jolessa.....	98
ipratropium-albuterol.....	119	juleber.....	98
irbesartan.....	68	JULUCA.....	52
irbesartan-hydrochlorothiazide.....	73	junel.....	98
IRESSA.....	40	junel fe.....	98
ISENTRESS.....	52	junel fe 24.....	98
ISENTRESS HD.....	52	JUXTAPID.....	76
isibloom.....	97	JYNNEOS.....	108
isoniazid.....	34	JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE).....	108
ISOPROPYL ALCOHOL 0.7 ML/ML		K	
MEDICATED PAD.....	60	kaitlib fe.....	98
ISORDIL TITRADOSE.....	77	KALETRA.....	55
isosorbide dinitrate.....	77	kalliga.....	98
isosorbide mononitrate.....	77	KALYDECO.....	117
isosorbide mononitrate er.....	77	KANJINTI.....	44
isotretinoin.....	82	kariva.....	98
isradipine.....	71		
ISTALOL.....	113		

kcl-d5w-0.2% nacl.....	86	lamotrigine er.....	22
kcl-d5w-0.225% nacl.....	86	LANOXIN.....	73
kcl-d5w-0.45% nacl.....	86	lansoprazole.....	90
kelnor 1-35.....	98	LANTUS.....	63
kelnor 1-50.....	98	LANTUS SOLOSTAR.....	63
KEPPRA.....	22	lapatinib.....	40
KERENDIA.....	77	larin.....	98
KESIMPTA PEN.....	81	larin 24 fe.....	98
ketoconazole.....	32	larin fe.....	98
ketorolac tromethamine.....	11,113	LASIX.....	75
KINRIX.....	108	latanoprost.....	114
kionex.....	88	LATUDA.....	48,49
KISQALI.....	40	LAYOLIS FE.....	98
KISQALI FEMARA CO-PACK.....	36	LAZCLUZE.....	40
KLARON.....	82	leena.....	98
klayesta.....	32	leflunomide.....	106
KLOR-CON 10.....	86	lenalidomide.....	35
KLOR-CON 8.....	86	lentocilin s.....	19
klor-con m10.....	86	LENVIMA.....	40
KLOR-CON M15.....	86	lessina.....	98
klor-con m20.....	86	LETAIRIS.....	118
KLOXXADO.....	15	letrozole.....	37
KORLYM.....	103	leucovorin calcium.....	36
KOSELUGO.....	40	LEUKERAN.....	35
kourzeq.....	81	LEUKINE.....	66
KRAZATI.....	40	leuprolide acetate.....	103
kurvelo.....	98	leuprolide depot.....	103
KUVAN.....	91	levetiracetam.....	22
L		levetiracetam er.....	22
l-glutamine.....	91	LEVO-T.....	102
labetalol hcl.....	70	levobunolol hcl.....	113
lacosamide.....	25	levocarnitine.....	91
lactulose.....	88	levocarnitine sf.....	91
LAMICTAL.....	22	levocetirizine dihydrochloride.....	115
LAMICTAL (BLUE).....	22	levofloxacin.....	20
lamivudine.....	54,56	levofloxacin-d5w.....	20
lamivudine hbv.....	56	levonest.....	98
lamivudine-zidovudine.....	54	levonorg-eth estrad eth estrad.....	98
lamotrigine.....	22	levonorgestrel-eth estradiol.....	98
lamotrigine (blue).....	22	levora-28.....	98
		levorphanol tartrate.....	12

levothyroxine sodium	102	lorazepam	58
LEVOXYL	102	lorazepam intensol	58
LEXAPRO	29	LORBRENA	40
LEXIVA	55	loryna	99
LIALDA	109	losartan potassium	68
LIBERVANT	23	losartan-hydrochlorothiazide	73
lidocaine	14	LOTENSIN	69
lidocaine hcl	14	LOTRONEX	88
lidocaine hcl laryngotracheal 4% solution	14	lovastatin	76
lidocaine hcl viscous	14	LOVENOX	66
lidocaine-prilocaine	14	low-ogestrel	99
lidocan iii	14	loxapine	47
lidocan iv	14	lubiprostone	88
lidocan v	14	LUMAKRAS	40
LIDODERM	14	LUMIGAN	114
LILETTA	93	LUMRYZ	120
linezolid	17	LUMRYZ STARTER PACK	120
linezolid-0.9% nacl	17	LUPRON DEPOT	103
linezolid-d5w	17	LUPRON DEPOT (LUPANETA)	103
LINZESS	88	LUPRON DEPOT-PED	103
liothyronine sodium	102	lurasidone hcl	49
LIPITOR	76	lutura	99
lisdexamphetamine dimesylate	78	LYBALVI	49
lisinopril	69	lyleq	101
lisinopril-hydrochlorothiazide	73	lyllana	95
lithium carbonate	59	LYNPARZA	40
lithium carbonate er	59	LYRICA	23
lithium citrate	59	LYSODREN	37
LITHOBID	59	LYTGOBI	40,41
LIVTENCITY	56	LYUMJEV	63
lo-zumandimine	98	LYUMJEV KWIKPEN U-100	63
LOCOID LIPOCREAM	84	LYUMJEV KWIKPEN U-200	63
LOESTRIN	98	LYUMJEV TEMPO PEN U-100	63
LOESTRIN FE	98	lyza	101
lojaimiess	98		
LONSURF	36	M	
loperamide	88	M-M-R II VACCINE	108
LOPID	75	magnesium sulfate	86
lopinavir-ritonavir	55	MALARONE	45
LOPRESSOR	70	malathion	85
LOPROX	32	maraviroc	54

marlissa	99	methoxsalen	84
MARPLAN	27	methscopolamine bromide	89
MATULANE	35	methsuximide	23
matzim la	72	methylphenidate er	79
MAVYRET	56	methylphenidate hcl	79
MAXALT	34	methylprednisolone	94
MAXALT MLT	34	methyltestosterone	95
MAXITROL	111	metoclopramide hcl	89
meclizine hcl	30	metolazone	75
MEDROL	94	metoprolol succinate	70
medroxyprogesterone acetate	101	metoprolol tartrate	70
mefloquine hcl	45	metoprolol-hydrochlorothiazide	74
megestrol acetate	102	METRO IV	17
MEKINIST	41	METROCREAM	85
MEKTOVI	41	METROGEL	85
meloxicam	11	METROLOTION	85
memantine hcl	26	metronidazole	17,85
memantine hcl er	26	metyrosine	74
MENACTRA	108	mexiletine hcl	69
MENEST	95	micafungin	32
MENQUADFI	108	micafungin-0.9% nacl	32
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	108	MICARDIS	68
mercaptapurine	36	MICARDIS HCT	74
meropenem	19	microgestin	99
meropenem-0.9% nacl	19	microgestin 24 fe	99
merzee	99	microgestin fe	99
mesalamine	109	midodrine hcl	67
mesalamine dr	109	mifepristone	103
mesalamine er	109	miglustat	91
mesna	44	MIGRANAL	33
MESNEX	44	mili	99
MESTINON	34	mimvey	99
metformin hcl	61	minocycline hcl	21
metformin hcl er	61	minoxidil	77
methadone hcl	12	mirtazapine	27
methazolamide	74	misoprostol	90
methenamine hippurate	17	modafinil	120
methimazole	103	moexipril hcl	69
methocarbamol	119	molindone hcl	47
methotrexate	106	mometasone furoate	84,115
methotrexate sodium	106	mondoxyne nl	21

mono-lynyah.....	99	nebivolol hcl.....	70
montelukast sodium.....	116	NEBUPENT.....	45
morphine sulfate.....	13	necon.....	99
morphine sulfate er.....	12	NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY.....	64
MOUNJARO.....	61	nefazodone hcl.....	29
MOVANTIK.....	88	neo-polycin.....	112
MOVIPREP.....	89	neo-polycin hc.....	111
moxifloxacin.....	21,112	neomycin sulfate.....	16
moxifloxacin hcl.....	21	neomycin-bacitracin-poly-hc.....	111
MRESVIA.....	108	neomycin-bacitracin-polymyxin.....	112
MULTAQ.....	69	neomycin-polymyxin-dexameth.....	111
mupirocin.....	85	neomycin-polymyxin-gramicidin.....	112
MVASI.....	44	neomycin-polymyxin-hc.....	115
MYALEPT.....	89	neomycin-polymyxin-hydrocort.....	115
MYCOBUTIN.....	34	NEORAL.....	106
mycophenolate mofetil.....	106	NERLYNX.....	41
mycophenolic acid.....	106	neuac.....	82
MYFORTIC.....	106	NEUPRO.....	46
MYHIBBIN.....	106	NEURONTIN.....	24
myorisan.....	82	nevirapine.....	53
MYRBETRIQ.....	92	nevirapine er.....	53
MYSOLINE.....	24	NEXAVAR.....	41
N		NEXIUM.....	90
nabumetone.....	11	NEXPLANON.....	93
nadolol.....	70	niacin er.....	77
nafcillin.....	19	nicardipine hcl.....	71
nafcillin sodium.....	19	NICOTROL.....	15
naloxone hcl.....	15	NICOTROL NS.....	15
naltrexone hcl.....	15	nifedipine.....	71
NAMENDA.....	26	nifedipine er.....	71
nano 2nd gen pen needle.....	64	nikki.....	99
nano pen needle.....	64	NILANDRON.....	35
naproxen.....	11,12	nilutamide.....	35
naproxen sodium.....	12	nimodipine.....	71
naratriptan hcl.....	34	NINLARO.....	41
NARCAN.....	15	NIPENT.....	37
NARDIL.....	27	nisoldipine.....	71
NATACYN.....	112	nitazoxanide.....	45
nateglinide.....	61	nitisinone.....	91
NAYZILAM.....	24	NITRO-BID.....	78
		nitrofurantoin.....	17

nitrofurantoin mono-macro	17	NUZYRA	21
nitroglycerin	78	nyamyc	32
nitroglycerin patch	78	nylia	99
NITROLINGUAL	78	nymyo	99
NITROSTAT	78	nystatin	32
NIVESTYM	66	nystatin-triamcinolone	84
nizatidine	90	nystop	32
nora-be	102	O	
norelgestromin-eth estradiol	99	OCALIVA	89
norethin-eth estra-ferrous fum	99	ocella	99
norethindron-ethinyl estradiol	99	octreotide acetate	103
norethindrone	102	octreotide acetate er	103
norethindrone ac (lupaneta)	102	OCUFLOX	112
norethindrone acetate	102	ODEFSEY	54
norethindrone-e.estradiol-iron	99	ODOMZO	41
norgestimate-ethinyl estradiol	99	OFEV	118
NORPRAMIN	30	ofloxacin	21,112,115
NORTHERA	67	OGSIVEO	41
nortrel	99	OJEMDA	41
nortriptyline hcl	30	OJJAARA	41
NORVASC	71	olanzapine	49
NORVIR	55	olanzapine odt	49
NOVOLIN 70-30	64	olmesartan medoxomil	68,69
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	64	olmesartan-amlodipine-hctz	74
NOVOLIN N	64	olmesartan-hydrochlorothiazide	74
NOVOLIN N FLEXPEN	64	olopatadine hcl	116
NOVOLIN R	64	omega-3 acid ethyl esters	77
NOVOLIN R FLEXPEN	64	omeprazole	90
NOVOLOG	64	omnipod 5 (g6/libre 2 plus)	64
NOVOLOG FLEXPEN	64	omnipod 5 dexg7g6 intro(gen 5)	64
NOVOLOG MIX 70-30	64	omnipod 5 dexg7g6 pods (gen 5)	64
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	64	omnipod 5 g6-g7 intro kt(gen5)	64
NOVOLOG PENFILL	64	omnipod 5 g6-g7 pods (gen 5)	64
NOXAFIL	32	omnipod 5 intro(g6/libre2plus)	64
NUBEQA	35	omnipod classic pods (gen 3)	64
NUEDEXTA	80	omnipod dash intro kit (gen 4)	64
NUPLAZID	49	omnipod dash pdm kit (gen 4)	64
NURTEC ODT	33	omnipod dash pods (gen 4)	64
NUTRILIPID	88	omnipod go pods	64
NUVARING	99	OMNITROPE	94
NUVIGIL	120		

ondansetron hcl.....	31	PAXLOVID.....	57
ondansetron odt.....	31	pazopanib hcl.....	41
ONFI.....	24	PEDIARIX.....	108
ONTRUZANT.....	44	PEDVAXHIB.....	108
ONUREG.....	37	peg 3350-electrolyte.....	89
OPIPZA.....	49	peg-3350 and electrolytes.....	89
OPSUMIT.....	118	peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c.....	89
OPVEE.....	15	PEGASYS.....	105
ORACEA.....	82	PEMAZYRE.....	41
ORALAIR.....	119	pen needle.....	64
oralone.....	81	PENBRAYA.....	108
ORENCIA.....	105	penicillamine.....	93
ORENCIA CLICKJECT.....	105	penicillin g potassium.....	19
ORFADIN.....	91	penicillin g sodium.....	19
ORGOVYX.....	37	penicillin gk-iso-osm dextrose.....	19
ORKAMBI.....	117	penicillin v potassium.....	19
ORSERDU.....	36	PENTACEL.....	108
oseltamivir phosphate.....	56,57	PENTAM 300.....	45
OTEZLA.....	85	pentamidine isethionate.....	45
OVIDE.....	85	PENTASA.....	110
oxaprozin.....	12	pentoxifylline.....	74
oxazepam.....	58	perindopril erbumine.....	69
oxcarbazepine.....	25	periogard.....	81
oxybutynin chloride.....	92	permethrin.....	85
oxybutynin chloride er.....	92	perphenazine.....	31
oxycodone hcl.....	13	PERSERIS.....	49
oxycodone-acetaminophen.....	13,14	pfizerpen.....	19
OZEMPIC.....	61	phenelzine sulfate.....	27
P		phenobarbital.....	24
pacerone.....	69	phenoxybenzamine hcl.....	68
paliperidone er.....	49	PHENYTEK.....	25
PALYNZIQ.....	91	phenytoin.....	25
PANRETIN.....	44	phenytoin sodium extended.....	25
pantoprazole sodium.....	90	philith.....	99
paricalcitol.....	110	PIFELTRO.....	53
PARNATE.....	27	pilocarpine hcl.....	81,114
paroxetine cr.....	29	pimecrolimus.....	84
paroxetine er.....	29	pimozide.....	47
paroxetine hcl.....	29	pimtrea.....	99
PAXIL.....	29	pindolol.....	70
		pioglitazone hcl.....	61

pioglitazone-glimepiride.....	61	PREVYMIS.....	56
pioglitazone-metformin.....	61	PREZCOBIX.....	55
piperacillin-tazobactam.....	19	PREZISTA.....	55,56
PIQRAY.....	41	PRIFTIN.....	34
pirfenidone.....	118	primaquine.....	45
piroxicam.....	12	primidone.....	24
PLAQUENIL.....	45	PRIORIX.....	108
PLAVIX.....	67	PRISTIQ.....	29
PLEGRIDY.....	81	PROAIR RESPICLICK.....	116
PLEGRIDY PEN.....	81	probenecid.....	33
podofilox.....	85	probenecid-colchicine.....	33
polycin.....	112	PROCARDIA XL.....	71
polymyxin b sul-trimethoprim.....	112	prochlorperazine.....	31
POMALYST.....	36	prochlorperazine maleate.....	31
portia.....	99	PROCRIT.....	67
posaconazole.....	32	procto-med hc.....	110
potassium chloride.....	86	proctosol-hc.....	110
potassium chloride in d5lr.....	86	proctozone-hc.....	110
potassium chloride proamp.....	86	progesterone.....	102
potassium chloride-0.45% nacl.....	87	PROGLYCEM.....	62
potassium chloride-dextrose 5%.....	87	PROGRAF.....	106
potassium citrate er.....	87	PROLASTIN C.....	91
pramipexole dihydrochloride.....	46	PROLENSA.....	113
prasugrel hcl.....	67	PROLIA.....	110
pravastatin sodium.....	76	PROMACTA.....	67
praziquantel.....	44	promethazine hcl.....	31
prazosin hcl.....	68	promethegan.....	31
PRED FORTE.....	113	propafenone hcl.....	70
PRED MILD.....	113	propafenone hcl er.....	70
prednisolone.....	94	propranolol hcl.....	71
prednisolone acetate.....	113	propranolol hcl er.....	71
prednisolone sodium phosphate.....	94,113	propylthiouracil.....	103
prednisone.....	94	PROQUAD.....	108
pregabalin.....	24	PROSCAR.....	93
PREGNYL.....	94	PROTONIX.....	91
PREHEVBRIO.....	108	protriptyline hcl.....	30
PREMARIN.....	95	PROVERA.....	102
PREMPHASE.....	99	PROZAC.....	29
PREMPRO.....	100	PRUDOXIN.....	84
PREVACID.....	90	PULMOZYME.....	117
prevalite.....	77	PURIXAN.....	36

PYLERA.....	89
pyrazinamide.....	35
pyridostigmine bromide.....	34
pyridostigmine bromide er.....	34
pyrimethamine.....	45

Q

QINLOCK.....	41
QUADRACEL DTAP-IPV.....	108
quetiapine fumarate.....	49
quetiapine fumarate er.....	49
quinapril hcl.....	69
quinapril-hydrochlorothiazide.....	74
quinidine gluconate.....	70
quinidine sulfate.....	70
quinine sulfate.....	45
QVAR REDIHALER.....	115

R

RABAVERT.....	108
rabeprazole sodium.....	91
raloxifene hcl.....	102
ramelteon.....	119
ramipril.....	69
ranolazine er.....	74
RAPAFLO.....	93
RAPAMUNE.....	107
rasagiline mesylate.....	46
reclipsen.....	100
RECOMBIVAX HB.....	108
RECTIV.....	78
REGLAN.....	89
REGRANEX.....	85
RELENZA.....	57
RELISTOR.....	88
REMERON.....	27
RENFLEXIS.....	107
repaglinide.....	61
REPATHA PUSHTRONEX.....	77
REPATHA SURECLICK.....	77
REPATHA SYRINGE.....	77

RESTASIS.....	111
RESTASIS MULTIDOSE.....	111
RETACRIT.....	67
RETEVMO.....	41
RETIN-A.....	82
RETROVIR.....	54
REVCOVI.....	91
REVUFORJ.....	41
REXULTI.....	49
REYATAZ.....	56
REZLIDHIA.....	42
REZUROCK.....	107
RHOPRESSA.....	114
RIABNI.....	44
ribavirin.....	56
RIDAURA.....	105
rifabutin.....	34
rifampin.....	35
riluzole.....	80
RINVOQ.....	105
RINVOQ LQ.....	105
risedronate sodium.....	111
risedronate sodium dr.....	111
RISPERDAL.....	49,50
RISPERDAL CONSTA.....	50
risperidone.....	50
risperidone er.....	50
risperidone odt.....	50
RITALIN.....	79
ritonavir.....	56
rivastigmine.....	26
rizatriptan.....	34
ROCALTROL.....	111
ROCKLATAN.....	114
roflumilast.....	117
ropinirole er.....	46
ropinirole hcl.....	46
rosadan.....	85
rosuvastatin calcium.....	76
ROTARIX.....	108
ROTATEQ.....	108

ROWASA.....	110	SIGNIFOR LAR.....	103
roweepra.....	22	sildenafil citrate.....	118
ROXICODONE.....	14	SILENOR.....	120
ROZEREM.....	119	silodosin.....	93
ROZLYTREK.....	42	SILVADENE.....	85
RUBRACA.....	42	silver sulfadiazine.....	85
rufinamide.....	25	SIMBRINZA.....	114
RUKOBIA.....	54	SIMLANDI(CF).....	107
RUXIENCE.....	44	SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR.....	107
RYBELSUS.....	61	simliya.....	100
RYDAPT.....	42	simpesse.....	100
RYTARY.....	46	simvastatin.....	76
S		SINEMET 10-100.....	46
SABRIL.....	24	SINEMET 25-100.....	46
sajazir.....	104	SINGULAIR.....	116
SALAGEN.....	81	sirolimus.....	107
SAMSCA.....	87	SIRTURO.....	35
SANDIMMUNE.....	107	SIVEXTRO.....	17
SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	103	SKYLA.....	93
SANTYL.....	85	SKYRIZI.....	105
SAPHRIS.....	50	SKYRIZI ON-BODY.....	105
sapropterin dihydrochloride.....	92	SKYRIZI PEN.....	105
saxagliptin hcl.....	61	sod sulf-potass sulf-mag sulf.....	89
saxagliptin-metformin er.....	61	sodium chloride.....	87
SCSEMBLIX.....	42	sodium chloride-water.....	87
scopolamine.....	31	sodium oxybate.....	120
SECUADO.....	50	sodium phenylbutyrate.....	92
selegiline hcl.....	46	sodium polystyrene sulfonate.....	88
selenium sulfide.....	84	solifenacin succinate.....	92
SELZENTRY.....	54,55	SOLIQUA 100-33.....	61
SENSIPAR.....	111	SOLTAMOX.....	36
SEREVENT DISKUS.....	116	SOMATULINE DEPOT.....	103
SEROQUEL.....	50	SOMAVERT.....	103
SEROQUEL XR.....	50	SOOLANTRA.....	85
sertraline hcl.....	29	sorafenib.....	42
setlakin.....	100	sorine.....	70
SFROWASA.....	110	sotalol.....	70
sharobel.....	102	sotalol af.....	70
SHINGRIX.....	108	SPIRIVA HANDIHALER.....	116
SIGNIFOR.....	103	SPIRIVA RESPIMAT.....	116
		spironolactone.....	77

spironolactone-hctz.....	74	SYMLINPEN 120.....	61
SPORANOX.....	32	SYMLINPEN 60.....	61
sprintec.....	100	SYMPAZAN.....	24
SPRITAM.....	22	SYMTUZA.....	56
SPRYCEL.....	42	SYNAREL.....	103
SPS.....	88	SYNJARDY.....	61,62
sronyx.....	100	SYNJARDY XR.....	62
SSD.....	85	SYNTHROID.....	102
STAMARIL.....	109	SYPRINE.....	87
STELARA.....	105	T	
sterile pads.....	61	TABLOID.....	36
STIOLTO RESPIMAT.....	119	TABRECTA.....	42
STIVARGA.....	42	tacrolimus.....	84,107
STRATTERA.....	79	tadalafil.....	93,118
STRENSIQ.....	92	TAFINLAR.....	42
streptomycin sulfate.....	16	TAGRISSO.....	42
STRIBILD.....	52	TALZENNA.....	42
STROMECTOL.....	44	TAMIFLU.....	57
SUBLOCADE.....	15	tamoxifen citrate.....	36
SUBOXONE.....	15	tamsulosin hcl.....	93
subvenite.....	22	taperdex.....	94
subvenite (blue).....	23	TARGRETIN.....	44
sucralfate.....	90	tarina 24 fe.....	100
SULAR.....	71	tarina fe.....	100
sulfacetamide sodium.....	82,112	tarina fe 1-20 eq.....	100
sulfacetamide-prednisolone.....	111	TASIGNA.....	42
sulfadiazine.....	21	tasimelteon.....	120
sulfamethoxazole-trimethoprim.....	21	TASMAR.....	45
sulfasalazine.....	110	taysofy.....	100
sulfasalazine dr.....	110	tazarotene.....	82
sulindac.....	12	tazicef.....	18
sumatriptan.....	34	TAZORAC.....	82
sumatriptan succinate.....	34	taztia xt.....	72
sunitinib malate.....	42	TAZVERIK.....	42
SUNLENCA.....	55	TDVAX.....	109
SUPREP.....	89	TECFIDERA.....	81
SUTAB.....	89	TEFLARO.....	18
SUTENT.....	42	TEGRETOL.....	25
syeda.....	100	TEGRETOL XR.....	25
SYMFI.....	53	TEKTURNA.....	74
SYMFI LO.....	53		

telmisartan.....	69	TIROSINT.....	102
telmisartan-amlodipine.....	74	TIROSINT-SOL.....	102
telmisartan-hydrochlorothiazid.....	74	TIVICAY.....	52
temazepam.....	120	TIVICAY PD.....	52
tencon.....	10	tizanidine hcl.....	52
TENIVAC.....	109	TOBRADEX.....	111
tenofovir disoproxil fumarate.....	54	tobramycin.....	112,117
TENORETIC 100.....	74	tobramycin sulfate.....	16
TENORETIC 50.....	74	tobramycin-dexamethasone.....	111
TENORMIN.....	71	tolcapone.....	46
TEPMETKO.....	42	tolterodine tartrate.....	92
terazosin hcl.....	68	tolterodine tartrate er.....	92
terbinafine hcl.....	32	tolvaptan.....	87
terbutaline sulfate.....	117	topiramate.....	23
terconazole.....	32	TOPROL XL.....	71
TERIPARATIDE.....	111	toremifene citrate.....	36
testosterone.....	95	torpenz.....	43
testosterone cypionate.....	95	torsemide.....	75
testosterone enanthate.....	95	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	64
tetrabenazine.....	80	TOUJEO SOLOSTAR.....	64
tetracycline hcl.....	21	TOVIAZ.....	93
THALOMID.....	36	TRACLEER.....	118
THEO-24.....	117	TRADJENTA.....	62
theophylline anhydrous.....	117	tramadol hcl.....	14
theophylline er.....	117	tramadol hcl er.....	12
thioridazine hcl.....	47	tramadol hcl-acetaminophen.....	14
thiothixene.....	47	trandolapril.....	69
THYMOGLOBULIN.....	104	trandolapril-verapamil er.....	74
tiadyt er.....	72	tranexamic acid.....	67
tiagabine hcl.....	24	tranylcypromine sulfate.....	27
TIAZAC.....	72	TRAVASOL.....	88
TIBSOVO.....	43	TRAVATAN Z.....	114
TICOVAC.....	109	travoprost.....	114
tigecycline.....	17	TRAZIMERA.....	44
TIKOSYN.....	70	trazodone hcl.....	29
tilia fe.....	100	TRECTOR.....	35
timolol maleate.....	71,114	TRELEGY ELLIPTA.....	119
TIMOPTIC.....	114	TRELSTAR.....	103
TIMOPTIC OCUDOSE.....	114	TREMFYA.....	105
tinidazole.....	17	TREMFYA PEN.....	105
tiotropium bromide.....	116	tretinoin.....	44,82

tri-estarylla.....	100	TYBLUME.....	100
tri-legest fe.....	100	TYBOST.....	55
tri-linyah.....	100	tydemy.....	100
tri-lo-estarylla.....	100	TYGACIL.....	17
tri-lo-marzia.....	100	TYKERB.....	43
tri-lo-mili.....	100	TYMLOS.....	111
tri-lo-sprintec.....	100	TYPHIM VI.....	109
tri-mili.....	100	U	
tri-nymyo.....	100	UBRELVY.....	33
tri-sprintec.....	100	UDENYCA.....	67
tri-vylibra.....	100	UDENYCA AUTOINJECTOR.....	67
tri-vylibra lo.....	100	UDENYCA ONBODY.....	67
triamcinolone acetonide.....	81,84	ultiguard safepack-pen needle.....	120
triamterene-hydrochlorothiazid.....	75	ultra-fine insulin syringe.....	65
TRIBENZOR.....	74	ultra-fine pen needle.....	65
triderm.....	84	UNITHROID.....	103
trientine hcl.....	87	ursodiol.....	89
trifluoperazine hcl.....	47	UZEDY.....	50,51
trifluridine.....	112	V	
trihexyphenidyl hcl.....	46	VAGIFEM.....	96
TRIKAFTA.....	117	valacyclovir.....	57
triklo.....	77	VALCHLOR.....	35
TRILEPTAL.....	25	VALCYTE.....	56
trimethoprim.....	17	valganciclovir hcl.....	56
trimipramine maleate.....	30	valproic acid.....	23
TRINTELLIX.....	29	valsartan.....	69
TRIUMEQ.....	54	valsartan-hydrochlorothiazide.....	74
TRIUMEQ PD.....	54	VALTOCO.....	24
trivora-28.....	100	VALTREX.....	57
TROPHAMINE.....	88	vanadom.....	119
tropium chloride.....	93	vancomycin hcl.....	17
tropium chloride er.....	93	VANFLYTA.....	43
true comfort safety pen needle.....	65	VAQTA.....	109
TRULICITY.....	62	varenicline tartrate.....	15
TRUMENBA.....	109	VARIVAX VACCINE.....	109
TRUQAP.....	43	VASCEPA.....	77
TRUVADA.....	54	VASERETIC.....	74
TUKYSA.....	43	VASOTEC.....	69
TURALIO.....	43	VAXCHORA VACCINE.....	109
turqoz.....	100		
TWINRIX.....	109		

velivet.....	101	VOTRIENT.....	43
VELTASSA.....	88	VOWST.....	90
VENCLEXTA.....	43	VPRIV.....	92
VENCLEXTA STARTING PACK.....	43	VRAYLAR.....	51
venlafaxine besylate er.....	29	VUMERITY.....	81
venlafaxine hcl.....	29	vyfemla.....	101
venlafaxine hcl er.....	29,30	vylibra.....	101
VENTAVIS.....	118	VYNDAMAX.....	92
VENTOLIN HFA.....	117	VYNDAQEL.....	92
VEOZAH.....	80	VYTORIN.....	77
verapamil er.....	72	VYVANSE.....	79
verapamil er pm.....	72		
verapamil hcl.....	72	W	
verapamil sr.....	72	warfarin sodium.....	66
VERELAN.....	72	WELIREG.....	92
VERELAN PM.....	72	WELLBUTRIN SR.....	27
VERQUVO.....	78	WELLBUTRIN XL.....	27
VERSACLOZ.....	52	wera.....	101
VERZENIO.....	43	wixela inhub.....	119
vestura.....	101	wymzya fe.....	101
VFEND IV.....	32		
VIBERZI.....	89	X	
vienva.....	101	XALKORI.....	43
vigabatrin.....	24	XARELTO.....	66
vigadrone.....	24	XATMEP.....	107
VIGAFYDE.....	24	XCOPRI.....	25
VIGAMOX.....	112	XDEMVY.....	112
vigpoder.....	24	XENAZINE.....	80
VIIBRYD.....	30	XERMELO.....	89
vilazodone hcl.....	30	XGEVA.....	111
VIMPAT.....	25	XHANCE.....	115
viorele.....	101	XIFAXAN.....	90
VIRACEPT.....	56	XIGDUO XR.....	62
VIREAD.....	54	XOFLUZA.....	57
VITRAKVI.....	43	XOLAIR.....	105
VIVITROL.....	15	XOPENEX HFA.....	117
VIZIMPRO.....	43	XOSPATA.....	43
volnea.....	101	XPOVIO.....	37
VONJO.....	43	XTANDI.....	35
VORANIGO.....	43	xulane.....	101
voriconazole.....	32		

Y

yargesa	92
YASMIN 28	101
YAZ	101
YF-VAX	109
YONSA	35
yuvafem	96

Z

zafemy	101
zafirlukast	116
zaleplon	120
ZARONTIN	23
ZEBUTAL	10
ZEJULA	43
ZELBORAF	44
zenatane	82
ZENPEP	92
zenzedi	79
ZEPATIER	56
ZESTORETIC	74
ZESTRIL	69
ZETIA	77
ZIAC	74
ZIAGEN	54
zidovudine	54
ZIEXTENZO	67
ziprasidone hcl	51
ziprasidone mesylate	51
ZIRABEV	44
ZITHROMAX	20
ZITHROMAX TRI-PAK	20
ZOCOR	76
ZOKINVY	92
ZOLINZA	37
zolmitriptan odt	34
ZOLOFT	30
zolpidem tartrate	120
zolpidem tartrate er	120
ZONALON	84

ZONEGRAN	25
ZONISADE	26
zonisamide	26
ZONTIVITY	66
ZORTRESS	107
ZOSYN	19
zovia 1-35	101
ZOVIRAX	57
ZTALMY	24
ZTLIDO	14
zumandimine	101
ZURZUVAE	27
ZYDELIG	44
ZYKADIA	44
ZYPREXA	51
ZYPREXA RELPREVV	51
ZYPREXA ZYDIS	51
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 panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-426-2774. (TTY 711) Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

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

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

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

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 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 01/03/2025.

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.