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 01/12/2025.

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.

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 01/12/2025.

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?”

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 01/12/2025. 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

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 pagina 126. 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Puede pedirle a Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice que hagan una excepción y cubran su medicamento. Consulte la información acerca de cómo solicitar un excepción.

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

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

- Puede pedirnos que brindemos cobertura a un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. En caso de aprobarse, este medicamento se cubrirá a un nivel de reparto de costos predeterminado y usted no podría optar a pedirnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de reparto de costos inferior.

- Puede solicitarnos que renunciemos a una restricción de cobertura que contemple autorización previa, terapia de pasos o un límite de cantidad en su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Hamaspik Medicare Select o Hamaspik Medicare Choice limitan la cantidad del medicamento al que damos cobertura. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que renunciemos al límite y cubramos una cantidad mayor.

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

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

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

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

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

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

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 126.

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		
butalbital-acetaminophen butalbital-acetaminophn 50-325	1	QL (180 PER 30 DAYS)
butalbital-acetaminophen-caffe (50-300-40, 50-325-40)	1	QL (180 PER 30 DAYS)
butalbital-aspirin-caffeine cp	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ESGIC 50-325-40 MG CAPSULE	1	QL (180 PER 30 DAYS)
tencon	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 (50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
CELEBREX 400 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
celecoxib (50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
celecoxib 400 mg capsule	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DAYPRO	1	QL (90 PER 30 DAYS)
diclofenac potassium 50 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
diclofenac sodium (dr 25 mg tab, ec 25 mg tab)	1	QL (240 PER 30 DAYS)
diclofenac sodium (dr 50 mg tab, ec 50 mg tab)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
diclofenac sodium (dr 75 mg tab, ec 75 mg tab)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
diclofenac sodium 1% gel	1	
diclofenac sodium 1.5% topical soln	1	PA
diclofenac sodium er	1	QL (60 PER 30 DAYS)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
naproxen (500 mg kit, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet)	1	QL (90 PER 30 DAYS)
naproxen 125 mg/5 ml suspen	1	QL (1800 PER 30 DAYS)
naproxen 250 mg tablet	1	QL (180 PER 30 DAYS)
naproxen sodium 275 mg tab	1	QL (150 PER 30 DAYS)
naproxen sodium 550 mg tab	1	QL (90 PER 30 DAYS)
oxaprozin	1	QL (90 PER 30 DAYS)
piroxicam 10 mg capsule	1	QL (60 PER 30 DAYS)
piroxicam 20 mg capsule	1	QL (30 PER 30 DAYS)
sulindac	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Opioid Analgesics, Long-acting		
BELBUCA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
buprenorphine	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
BUTRANS	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
fentanyl	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
hydrocodone bitartrate er (er 10 mg capsule, er 15 mg capsule, er 20 mg capsule, er 30 mg capsule, er 40 mg capsule, er 50 mg capsule)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
levorphanol tartrate	1	QL (120 PER 30 DAYS)
methadone hcl 10 mg tablet	1	QL (360 PER 30 DAYS)
methadone hcl 5 mg tablet	1	QL (180 PER 30 DAYS)
morphine sulfate er (er 15 mg tablet, er 30 mg tablet, er 60 mg tablet, er 100 mg tablet, er 200 mg tablet)	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
tramadol hcl er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
Opioid Analgesics, Short-acting		
acetaminophen-codeine #4 tablet	1	QL (180 PER 30 DAYS)
acetaminophen-codeine (#2 tablet, #3 tablet)	1	QL (360 PER 30 DAYS)
acetaminophen-codeine (acetamin-codein 300-30 mg/12.5, acetaminop-codeine 120-12 mg/5)	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
butorphanol tartrate 10 mg/ml spray	1	QL (48 PER 30 DAYS)
codeine sulfate	1	QL (180 PER 30 DAYS)
endocet (2.5-325 mg tablet, 5-325 mg tablet)	1	QL (360 PER 30 DAYS)
endocet 10-325 mg tablet	1	QL (180 PER 30 DAYS)
endocet 7.5-325 mg tablet	1	QL (240 PER 30 DAYS)
fentanyl citrate (cit 1,200 mcg, cit 1,600 mcg, citrate 200 mcg, citrate 400 mcg, citrate 600 mcg, citrate 800 mcg)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
hydrocodone-acetaminophen (5-300 mg, 5-325 mg)	1	QL (240 PER 30 DAYS)
hydrocodone-acetaminophen (7.5, 7.5, 10-300 mg, 10-325 mg)	1	QL (180 PER 30 DAYS)
hydrocodone-acetaminophen (hydrocodone-acetamin 2.5-108/5, hydrocodone-acetamin 5-217/10, hydrocodone-acetamn 7.5-325/15)	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
hydrocodone-ibuprofen	1	QL (150 PER 30 DAYS)
hydromorphone hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5 ml soln)	1	QL (1440 PER 30 DAYS)
hydromorphone hcl (10 mg/ml ampule, 10 mg/ml vial, 50 mg/5 ml amp, 50 mg/5 ml vial, 500 mg/50 ml vl)	1	PA
hydromorphone hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet)	1	QL (180 PER 30 DAYS)
morphine sulfate (10 mg/5 ml cup, 10 mg/5 ml soln)	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
morphine sulfate 100 mg/5 ml conc	1	QL (270 PER 30 DAYS)
morphine sulfate 20 mg/5 ml soln	1	QL (1350 PER 30 DAYS)
morphine sulfate ir 15 mg tab	1	QL (360 PER 30 DAYS)
morphine sulfate ir 30 mg tab	1	QL (180 PER 30 DAYS)
oxycodone hcl ((ir) 10 mg tab, (ir) 15 mg tab, (ir) 20 mg tab, (ir) 30 mg tab)	1	QL (180 PER 30 DAYS)
oxycodone hcl (ir) 5 mg tablet	1	QL (360 PER 30 DAYS)
oxycodone-acetaminophen (oxycodone-acetaminophen 5-325, oxycodone-acetaminophn 2.5-325)	1	QL (360 PER 30 DAYS)

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
oxycodone-acetaminophen 10	1	QL (180 PER 30 DAYS)
oxycodone-acetaminophen oxycodone-acetaminophn 7.5-325	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ROXICODONE (15 MG TABLET, 30 MG TABLET)	1	QL (180 PER 30 DAYS)
tramadol hcl 50 mg tablet	1	QL (240 PER 30 DAYS)
tramadol hcl-acetaminophen	1	QL (240 PER 30 DAYS)
Anesthetics		
Local Anesthetics		
dermacinrx lidocan	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
lidocaine 5% ointment	1	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
lidocaine 5% patch	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
lidocaine hcl 4% solution	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
lidocaine hcl laryngotracheal 4% solution	1	
lidocaine hcl viscous	1	
lidocaine-prilocaine	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
lidocan iii	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
lidocan iv	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
lidocan v	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
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		
acamprosate calcium	1	
disulfiram	1	
Opioid Dependence		
buprenorphine hcl (2 mg tablet, 8 mg tablet)	1	QL (90 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
buprenorphine-naloxone (2-0.5mg fm, 2-0.5mg tb)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
buprenorphine-naloxone (4-1mg film, 8-2mg film, 12-3mg flm)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
buprenorphine-naloxone 8-2 mg tab	1	QL (90 PER 30 DAYS)
naltrexone hcl	1	
SUBLOCADE	1	
SUBOXONE (4 MG-1 MG FILM, 8 MG-2 MG FILM, 12 MG-3 MG FILM)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SUBOXONE 2 MG-0.5 MG SL FILM	1	QL (120 PER 30 DAYS)
VIVITROL	1	
Opioid Reversal Agents		
KLOXXADO	1	
naloxone hcl (0.4 mg/ml carpuject, 0.4 mg/ml syringe, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial, hcl 4 mg nasal spray)	1	
NARCAN	1	
OPVEE	1	
REXTOVY	1	
Smoking Cessation Agents		
bupropion hcl sr 150 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NICOTROL	1	
NICOTROL NS	1	
varenicline tartrate	1	
Antibacterials		
Aminoglycosides		
amikacin sulfate	1	
ARIKAYCE	1	PA, QL (235.2 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
gentamicin sulfate (80 mg/2 ml vial, 800 mg/20 ml vial)	1	
gentamicin sulfate in ns (iso 100 mg/100 ml, iso 120 mg/100 ml, isoton 60 mg/50 ml, isoton 80 mg/100 ml, isoton 80 mg/50 ml)	1	
HUMATIN	1	
neomycin sulfate	1	
streptomycin sulfate	1	
tobramycin sulfate	1	
Antibacterials, Other		
AZACTAM	1	
aztreonam	1	
CLEOCIN 2% VAGINAL CREAM	1	
CLEOCIN HCL	1	
CLEOCIN PHOSPHATE (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	
clindacin etz	1	
clindacin p	1	
clindamycin (pediatric)	1	
clindamycin hcl	1	
clindamycin phosphate (ph 1% gel, ph 1% solution, 2% vaginal cream, ph 9 g/60 ml vial, ph 300 mg/2 ml vl, ph 600 mg/4 ml vl, ph 900 mg/6 ml vl, phos 1% pledget, phosp 1% lotion, phosphate 1% gel)	1	
clindamycin phosphate-d5w	1	
clindamycin-0.9% nacl	1	
colistimethate	1	
CUBICIN	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CUBICIN RF	1	
DALVANCE	1	
daptomycin 500 mg vial	1	
FLAGYL 375 CAPSULE	1	
IMPAVIDO	1	
linezolid	1	PA
linezolid-0.9% nacl	1	
linezolid-d5w	1	
methenamine hippurate	1	
METRO IV	1	
metronidazole (vaginal 0.75% gl, 250 mg tablet, 375 mg capsule, 500 mg tablet, 500 mg/100 ml)	1	
nitrofurantoin (50 mg cap, 100 mg cap)	1	
nitrofurantoin mono-macro	1	
SIVEXTRO 200 MG TABLET	1	PA
SIVEXTRO 200 MG VIAL	1	
tigecycline	1	
tinidazole	1	
trimethoprim	1	
TYGACIL	1	
vancomycin hcl (1 gm add-van vial, 1 gm vial, hcl 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)	1	
vancomycin hcl 125 mg capsule	1	QL (120 PER 30 DAYS)
vancomycin hcl 250 mg capsule	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ZYVOX (100 MG/5 ML SUSPENSION, 600 MG TABLET)	1	PA
ZYVOX 600 MG/300 ML-D5W	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
Beta-lactam, Cephalosporins		
cefaclor (250 mg capsule, 500 mg capsule)	1	
cefadroxil	1	
cefazolin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 10 gm vial, 20 gm bulk vial, sod 100 gm bulk bag, sod 300 gm bulk bag, 500 mg vial)	1	
cefazolin sodium-dextrose 1 g/50 ml-dextrose	1	
cefdinir	1	
cefepime	1	
cefepime hcl (1 gm vial, 2 gram vial)	1	
cefepime-dextrose	1	
cefixime 400 mg capsule	1	
cefoxitin	1	
cefoxitin sodium	1	
cefpodoxime proxetil	1	
cefprozil	1	
ceftazidime (1 gm vial, 2 gm vial, 6 gm vial)	1	
ceftriaxone	1	
cefuroxime	1	
cefuroxime sodium (1.5 gm vial, 750 mg vial)	1	
cephalexin (125 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 750 mg capsule)	1	
tazicef	1	
TEFLARO	1	
Beta-lactam, Penicillins		
amoxicillin	1	

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

Carbapenems

ertapenem	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
imipenem-cilastatin sodium	1	
INVANZ	1	
meropenem (1 gm vial, 500 mg vial)	1	
meropenem-0.9% nacl	1	
Macrolides		
azithromycin	1	
clarithromycin	1	
clarithromycin er	1	
DIFICID 200 MG TABLET	1	QL (20 PER 10 OVER TIME)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	1	QL (136 PER 10 OVER TIME)
E.E.S. 200	1	
ery	1	
ERY-TAB	1	
ERYPED 200	1	
ERYPED 400	1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	1	
erythromycin (2% solution, 250 mg tablet, dr 250 mg cap, dr 250 mg tablet, dr 333 mg tablet, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet)	1	
erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml)	1	
erythromycin lactobionate	1	
fidaxomicin	1	QL (20 PER 10 OVER TIME)
ZITHROMAX (100 MG/5 ML SUSP, 200 MG/5 ML SUSP, 250 MG TABLET, 250 MG Z-PAK TABLET, 500 MG TABLET, I.V. 500 MG VIAL)	1	
ZITHROMAX TRI-PAK	1	
Quinolones		
CIPRO	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ciprofloxacin hcl (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	1	
ciprofloxacin-d5w	1	
levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 750 mg tablet)	1	
levofloxacin-d5w	1	
moxifloxacin 400 mg/250 ml bag	1	
moxifloxacin hcl	1	
ofloxacin 400 mg tablet	1	
Sulfonamides		
BACTRIM	1	
BACTRIM DS	1	
sulfadiazine	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim (20 ml cup, ds tablet, ss tablet, susp)	1	
Tetracyclines		
avidoxy	1	
demeclocycline hcl	1	
doxy 100	1	
doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg vl)	1	
doxycycline monohydrate (50 mg cap, 50 mg tablet, 75 mg capsule, 75 mg tablet, 100 mg cap, 100 mg tablet, 150 mg cap, 150 mg tablet)	1	
minocycline hcl	1	
mondoxyne nl 100 mg capsule	1	
NUZYRA	1	
tetracycline hcl (250 mg capsule, 500 mg capsule)	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Anticonvulsants		
Anticonvulsants, Other		
BRIVIACT (10 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (600 PER 30 DAYS)
BRIVIACT 50 MG/5 ML VIAL	1	
DEPAKOTE	1	
DEPAKOTE ER	1	
DEPAKOTE SPRINKLE	1	
DIACOMIT	1	
divalproex sodium	1	
divalproex sodium er	1	
EPIDIOLEX	1	PA
EPRONTIA	1	
felbamate	1	
FINTEPLA	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
FYCOMPA (2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	1	QL (680 PER 28 DAYS)
KEPPRA (100 MG/ML ORAL SOLN, 250 MG TABLET, 500 MG TABLET, 750 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	1	
LAMICTAL	1	
LAMICTAL (BLUE)	1	
lamotrigine	1	
lamotrigine (blue)	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
lamotrigine er (er 25 mg tablet, er 50 mg tablet, er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet)	1	
levetiracetam (100 mg/ml soln, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/5 ml cup, 500 mg/5 ml soln, 750 mg tablet, 1,000 mg tablet, 1,000mg/10ml cup)	1	
levetiracetam er	1	
perampanel	1	QL (30 PER 30 DAYS)
roweepra 500 mg tablet	1	
SPRITAM	1	
subvenite	1	
subvenite (blue)	1	
topiramate (15 mg sprinkle cap, 25 mg sprinkle cap, 25 mg tablet, 25 mg/ml solution, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)	1	
valproic acid	1	
Calcium Channel Modifying Agents		
CELONTIN	1	
ethosuximide	1	
methsuximide	1	
ZARONTIN 250 MG CAPSULE	1	
Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Modulating Agents		
clobazam (10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
clobazam 2.5 mg/ml suspension	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
diazepam (2.5mg gel(2pk), 10 mg gel syrg, 10mg gel (2pk), 20 mg gel syrg, 20mg gel (2pk))	1	QL (5 PER 30 DAYS)
gabapentin (250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup)	1	QL (2160 PER 30 DAYS)
gabapentin 100 mg capsule	1	QL (1080 PER 30 DAYS)

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
gabapentin 300 mg capsule	1	QL (360 PER 30 DAYS)
gabapentin 400 mg capsule	1	QL (270 PER 30 DAYS)
gabapentin 600 mg tablet	1	QL (180 PER 30 DAYS)
gabapentin 800 mg tablet	1	QL (135 PER 30 DAYS)
LIBERVANT	1	QL (10 PER 30 DAYS)
LYRICA (225 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYRICA (25 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	1	QL (90 PER 30 DAYS)
LYRICA 20 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL (900 PER 30 DAYS)
MYSOLINE	1	
NAYZILAM	1	QL (10 PER 30 DAYS)
NEURONTIN (250 MG/5 ML SOLN, 250 MG/5 ML SOLUTION)	1	QL (2160 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 100 MG CAPSULE	1	QL (1080 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 300 MG CAPSULE	1	QL (360 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 400 MG CAPSULE	1	QL (270 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 600 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 800 MG TABLET	1	QL (135 PER 30 DAYS)
ONFI (10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ONFI 2.5 MG/ML SUSPENSION	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
phenobarbital	1	
pregabalin (225 mg capsule, 300 mg capsule)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
pregabalin (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule, 200 mg capsule)	1	QL (90 PER 30 DAYS)
pregabalin 20 mg/ml solution	1	QL (900 PER 30 DAYS)
primidone	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
SABRIL	1	QL (180 PER 30 DAYS)
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SYMPAZAN 5 MG FILM	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
tiagabine hcl	1	
VALTOCO	1	QL (10 PER 30 DAYS)
vigabatrin	1	QL (180 PER 30 DAYS)
vigadrone	1	QL (180 PER 30 DAYS)
VIGAFYDE	1	QL (750 PER 30 DAYS)
vigpoder	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ZTALMY	1	PA, QL (1100 PER 30 DAYS)
Sodium Channel Agents		
APTIOM (200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
APTIOM (600 MG TABLET, 800 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BANZEL	1	
carbamazepine (100 mg tab chew, 100 mg/5 ml cup, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet, 200 mg/10 ml cup)	1	
carbamazepine er	1	
CARBATROL	1	
dilantin (dilantin, dilantin 30 mg capsule, dilantin 100 mg capsule)	1	
DILANTIN-125	1	
epitol	1	
eslicarbazepine acetate (200 mg tablet, 400 mg tablet)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
eslicarbazepine acetate (600 mg tablet, 800 mg tablet)	1	QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
lacosamide (10 mg/ml solution, 50 mg tablet, 50 mg/5 ml cup, 100 mg tablet, 100 mg/10 ml cup, 150 mg tablet, 150 mg/15 ml cup, 200 mg tablet, 200 mg/20 ml cup)	1	
oxcarbazepine	1	
PHENYTEK	1	
phenytoin	1	
phenytoin sodium extended	1	
rufinamide	1	
TEGRETOL	1	
TEGRETOL XR	1	
TRILEPTAL	1	
VIMPAT (10 MG/ML SOLUTION, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	1	
XCOPRI	1	
ZONEGRAN	1	
ZONISADE	1	
zonisamide	1	
Antidementia Agents		
Cholinesterase Inhibitors		
ADLARITY	1	
ARICEPT (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	
donepezil hcl	1	
donepezil hcl odt	1	
EXELON	1	
galantamine er	1	
galantamine hbr	1	
galantamine hydrobromide	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
rivastigmine	1	
N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist		
memantine hcl	1	PA
memantine hcl er	1	PA
NAMENDA	1	PA
Antidepressants		
Antidepressants, Other		
AUVELITY	1	QL (60 PER 30 DAYS)
bupropion hcl 100 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
bupropion hcl 75 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
bupropion hcl sr 100 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion hcl sr 150mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
bupropion hcl sr 200 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
bupropion xl hcl 150 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion xl hcl 300 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EXXUA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
mirtazapine (7.5 mg tablet, 15 mg odt, 30 mg odt, 30 mg tablet, 45 mg odt, 45 mg tablet)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
mirtazapine 15 mg tablet	1	QL (45 PER 30 DAYS)
REMERON (15 MG SOLTAB, 30 MG SOLTAB, 30 MG TABLET, 45 MG SOLTAB)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REMERON 15 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN SR (SR 150 MG TABLET, SR 200 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN SR 100 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	1	QL (14 PER 365 OVER TIME)
Monoamine Oxidase Inhibitors		
EMSAM	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
MARPLAN	1	
NARDIL	1	
PARNATE	1	
phenelzine sulfate	1	
tranylcypromine sulfate	1	
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/ Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibito		
CELEXA (10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
CELEXA 40 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
citalopram hbr (10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
citalopram hbr (10 mg/5 ml soln, 20 mg/10 ml cup)	1	QL (600 PER 30 DAYS)
citalopram hbr 40 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CYMBALTA (20 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
CYMBALTA 30 MG CAPSULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
desvenlafaxine succinate er	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DRIZALMA SPRINKLE (DR 20 MG CAP, DR 40 MG CAP, DR 60 MG CAP)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP	1	QL (90 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl (dr 20 mg cap, dr 60 mg cap)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl dr 30 mg cap	1	QL (90 PER 30 DAYS)
EFFEXOR XR 150 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EFFEXOR XR 37.5 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
EFFEXOR XR 75 MG CAPSULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
escitalopram oxalate (5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
escitalopram oxalate (oxalate 5 mg/5 ml, 10 mg/10 ml cup)	1	QL (600 PER 30 DAYS)
escitalopram oxalate 20 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FETZIMA (ER 20 MG CAPSULE, ER 40 MG CAPSULE, ER 80 MG CAPSULE, ER 120 MG CAPSULE)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	1	QL (28 PER 28 DAYS)
fluoxetine dr	1	QL (4 PER 28 DAYS)
fluoxetine hcl (10 mg capsule, 10 mg tablet)	1	QL (90 PER 30 DAYS)
fluoxetine hcl (20 mg/5 ml soln cup, 20 mg/5 ml solution)	1	QL (600 PER 30 DAYS)
fluoxetine hcl 20 mg capsule	1	QL (120 PER 30 DAYS)
fluoxetine hcl 40 mg capsule	1	QL (60 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate (25 mg tab, 50 mg tab)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 100 mg tab	1	QL (90 PER 30 DAYS)
LEXAPRO (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
LEXAPRO 20 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
nefazodone hcl	1	
paroxetine cr (25 mg tablet, 37.5 mg tablet)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
paroxetine cr 12.5 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
paroxetine er (er 25 mg tablet, er 37.5 mg tablet)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
paroxetine er 12.5 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
paroxetine hcl (10 mg tablet, 40 mg tablet)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp	1	QL (900 PER 30 DAYS)
paroxetine hcl 20 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)

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
paroxetine hcl 30 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PAXIL (10 MG TABLET, 40 MG TABLET)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
PAXIL 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)
RALDESY	1	QL (1200 PER 30 DAYS)
sertraline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
sertraline hcl 100 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
sertraline hcl 20 mg/ml oral conc	1	QL (300 PER 30 DAYS)
trazodone hcl	1	
TRINTELLIX	1	QL (30 PER 30 DAYS)
venlafaxine besylate er	1	QL (60 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl	1	QL (90 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl er 150 mg cap	1	QL (30 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl er 37.5 mg cap	1	QL (60 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl er 75 mg cap	1	QL (90 PER 30 DAYS)
VIIBRYD (10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
vilazodone hcl	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZOLOFT (25 MG TABLET, 50 MG TABLET)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
ZOLOFT 100 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ZOLOFT 20 MG/ML ORAL CONC	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
Tricyclics		
amitriptyline hcl	1	
amoxapine	1	
clomipramine hcl	1	
desipramine hcl	1	
doxepin hcl (10 mg capsule, 10 mg/ml oral conc, 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule)	1	
imipramine hcl	1	
NORPRAMIN	1	
nortriptyline hcl	1	
protriptyline hcl	1	
trimipramine maleate	1	
Antiemetics		
Antiemetics, Other		
chlorpromazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 30 mg/ml conc, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 100 mg/ml conc, 200 mg tablet)	1	PA
compro	1	
meclizine hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)	1	
perphenazine	1	PA
prochlorperazine	1	
prochlorperazine maleate	1	
promethazine hcl (6.25 mg/5 ml cup, 6.25 mg/5 ml soln, 6.25 mg/5 ml syrp, 12.5 mg suppos, 12.5 mg tablet, 12.5 mg/10 ml cup, 25 mg suppository, 25 mg tablet, 50 mg tablet)	1	PA
promethegan (12.5 mg suppos, 25 mg suppository)	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
flucytosine	1	PA
griseofulvin	1	
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	1	
itraconazole 100 mg capsule	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ketoconazole (2% cream, 2% shampoo, 200 mg tablet)	1	
klayesta	1	
LOPROX 1% SHAMPOO	1	
micafungin	1	
micafungin-0.9% nacl	1	
NOXAFIL	1	PA
nyamyc	1	
nystatin	1	
nystop	1	
posaconazole	1	PA
SPORANOX 100 MG CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
terbinafine hcl	1	QL (30 PER 30 DAYS)
terconazole	1	
VFEND IV	1	PA
voriconazole	1	PA
voriconazole (hpbcd)	1	PA

Antigout Agents

allopurinol (100 mg tablet, 300 mg tablet)	1	
colchicine 0.6 mg tablet	1	
COLCRYS	1	
probenecid	1	
probenecid-colchicine	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
Antimigraine Agents		
dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml spry	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ergotamine-caffeine	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)
MAXALT	1	ST, QL (18 PER 30 DAYS)
MAXALT MLT 10 MG TABLET	1	ST, QL (18 PER 30 DAYS)
naratriptan hcl	1	QL (18 PER 30 DAYS)
rizatriptan	1	QL (18 PER 30 DAYS)
sumatriptan	1	QL (12 PER 30 DAYS)
sumatriptan succinate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	1	QL (18 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
sumatriptan succinate (4 mg/0.5 ml cart, 4 mg/0.5 ml inject, 6 mg/0.5 ml cart, 6 mg/0.5ml autoinj)	1	QL (6 PER 30 DAYS)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml vial	1	QL (5 PER 30 DAYS)
zolmitriptan odt	1	QL (12 PER 30 DAYS)
Antimyasthenic Agents		
Parasympathomimetics		
MESTINON	1	
pyridostigmine bromide (60 mg/5 ml cup, 60 mg/5 ml soln, br 60 mg tablet)	1	
pyridostigmine bromide er 180 mg tab	1	
Antimycobacterials		
Antimycobacterials, Other		
dapsone (25 mg tablet, 100 mg tablet)	1	
MYCOBUTIN	1	
rifabutin	1	
Antituberculars		
cycloserine	1	
ethambutol hcl	1	
isoniazid (50 mg/5 ml solution, 100 mg tablet, 300 mg tablet)	1	
PRETOMANID	1	
PRIFTIN	1	
pyrazinamide	1	
rifampin	1	
SIRTURO	1	
TRECATOR	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antineoplastics		
Alkylating Agents		
cyclophosphamide (25 mg capsule, 25 mg tablet, 50 mg capsule, 50 mg tablet)	1	PA
GLEOSTINE	1	
LEUKERAN	1	
MATULANE	1	PA
VALCHLOR	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
Antiandrogens		
abiraterone acetate 250 mg tab	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
abirtega	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
bicalutamide	1	
CASODEX	1	
ERLEADA 240 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ERLEADA 60 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
EULEXIN	1	
NILANDRON	1	
nilutamide	1	
NUBEQA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XTANDI (40 MG CAPSULE, 40 MG TABLET)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XTANDI 80 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
YONSA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
Antiangiogenic Agents		
lenalidomide (15 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule)	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
lenalidomide (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
POMALYST	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
THALOMID (150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
THALOMID 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
THALOMID 50 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Antiestrogens/Modifiers		
FARESTON	1	
INLURIYO	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ORSERDU 345 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ORSERDU 86 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
SOLTAMOX	1	
tamoxifen citrate	1	
toremifene citrate	1	
Antimetabolites		
mercaptopurine	1	
PURIXAN	1	
TABLOID	1	
Antineoplastics, Other		
AVMAPKI-FAKZYNJA	1	PA, QL (66 PER 28 DAYS)
HYDREA	1	
hydroxyurea	1	
INQOVI	1	PA, QL (5 PER 28 DAYS)
IWILFIN	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG	1	PA, QL (49 PER 28 DAYS)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG	1	PA, QL (70 PER 28 DAYS)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG	1	PA, QL (91 PER 28 DAYS)
leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)	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
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET	1	PA, QL (100 PER 28 DAYS)
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET	1	PA, QL (80 PER 28 DAYS)
LYSODREN	1	
MODEYSO	1	PA, QL (20 PER 28 DAYS)
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		
anastrozole	1	
ARIMIDEX	1	
AROMASIN	1	
exemestane	1	
FEMARA	1	
letrozole	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)

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
ALECENSA	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
ALUNBRIG (90 MG TABLET, 90 MG-180 MG TAB PACK, 180 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ALUNBRIG 30 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
AUGTYRO 160 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUGTYRO 40 MG CAPSULE	1	PA, QL (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 160 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
CABOMETYX	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
CALQUENCE	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)

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
dasatinib (50 mg tablet, 70 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg tablet, 140 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
dasatinib 20 mg tablet	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
DAURISMO 100 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAURISMO 25 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ERIVEDGE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
erlotinib hcl (100 mg tablet, 150 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
erlotinib hcl 25 mg tablet	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
everolimus (2 mg tab for susp, 5 mg tab for susp, 5 mg tablet)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
everolimus (2.5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
everolimus 3 mg tab for susp	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
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)
gefitinib	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GILOTRIF	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GLEEVEC 100 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
GLEEVEC 400 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
GOMEKLI (1 MG CAPSULE, 1 MG TABLET FOR SUSP)	1	PA, QL (168 PER 28 DAYS)
GOMEKLI 2 MG CAPSULE	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
HERNEXEOS	1	PA, QL (180 PER 60 DAYS)
IBRANCE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
IBTROZI	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ICLUSIG	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
IDHIFA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

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
imatinib mesylate 100 mg tab	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
imatinib mesylate 400 mg tab	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA (70 MG CAPSULE, 420 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	1	PA, QL (324 PER 30 DAYS)
IMKELDI	1	PA, QL (280 PER 28 DAYS)
INLYTA 1 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
INLYTA 5 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
INREBIC	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
IRESSA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ITOVEBI 3 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ITOVEBI 9 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
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)
KOSELUGO 5 MG SPRINKLE CAPSULE	1	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
KOSELUGO 7.5 MG SPRINKLE CAP	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
KRAZATI	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
lapatinib	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
LAZCLUZE 240 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LAZCLUZE 80 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LENVIMA (12 MG DAILY, 18 MG DAILY, 24 MG DAILY)	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

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
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)
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)

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
pazopanib hcl 200 mg tablet	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
PEMAZYRE	1	PA, QL (14 PER 21 DAYS)
PIQRAY (250 MG DAILY PACK, 300 MG DAILY PACK)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
PIQRAY 200 MG DAILY DOSE PACK	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
QINLOCK	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RETEVMO (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
RETEVMO 40 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
RETEVMO 40 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RETEVMO 80 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
REVUFORJ 110 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
REVUFORJ 160 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
REVUFORJ 25 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
REZLIDHIA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ROMVIMZA	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ROZLYTREK 50 MG PELLET PACKET	1	PA, QL (336 PER 28 DAYS)
RUBRACA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
RYDAPT	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
SCEMBLIX 100 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SCEMBLIX 20 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SCEMBLIX 40 MG TABLET	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
sorafenib	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SPRYCEL (50 MG TABLET, 70 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET, 140 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SPRYCEL 20 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

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

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

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
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 (20 MG PELLET, 50 MG PELLET, 200 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XALKORI 150 MG PELLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
XOSPATA	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZEJULA (100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ZELBORAF	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
ZYDELIG	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ZYKADIA 150 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Monoclonal Antibody/Antibody-Drug Conjugate		
KANJINTI	1	PA
MVASI	1	PA
ONTRUZANT	1	PA
RIABNI	1	PA
RUXIENCE	1	PA
TRAZIMERA	1	PA
ZIRABEV	1	PA

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
Retinoids		
bexarotene (1% gel, 75 mg capsule)	1	PA
PANRETIN	1	PA
TARGRETIN (1% GEL, 75 MG CAPSULE)	1	PA
tretinoin 10 mg capsule	1	PA
Treatment Adjuncts		
mesna 400 mg tablet	1	
MESNEX 400 MG TABLET	1	
Antiparasitics		
Anthelmintics		
albendazole	1	
benznidazole	1	
BILTRICIDE	1	
ivermectin 3 mg tablet	1	PA
praziquantel	1	
STROMECTOL	1	PA
Antiprotozoals		
atovaquone	1	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
atovaquone-proguanil hcl	1	
chloroquine phosphate	1	
COARTEM	1	
DARAPRIM	1	PA
hydroxychloroquine sulfate	1	
LAMPIT	1	
MALARONE	1	
mefloquine hcl	1	
NEBUPENT	1	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
nitazoxanide	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PENTAM 300	1	
pentamidine isethionate 300 mg inhal powdr	1	PA
pentamidine isethionate 300 mg inject vial	1	
PLAQUENIL	1	
primaquine	1	
pyrimethamine	1	PA
quinine sulfate	1	PA
Antiparkinson Agents		
Antiparkinson Agents, Other		
amantadine	1	
benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tablet, 2 mg tablet)	1	PA
carbidopa-levodopa-entacapone	1	
COMTAN	1	
entacapone	1	
TASMAR	1	
tolcapone	1	
trihexyphenidyl hcl (2 mg tablet, 5 mg tablet)	1	PA
Dopamine Agonists		
APOKYN	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
apomorphine hcl	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
bromocriptine mesylate	1	
NEUPRO	1	
pramipexole dihydrochloride	1	
ropinirole er	1	
ropinirole hcl	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
carbidopa	1	
carbidopa-levodopa	1	
carbidopa-levodopa er (er 25-100 tab, er 50-200 tab)	1	
INBRIJA	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
RYTARY	1	
SINEMET	1	
SINEMET 10-100	1	
SINEMET 25-100	1	
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors		
AZILECT	1	
rasagiline mesylate	1	
selegiline hcl	1	
Antipsychotics		
1st Generation/Typical		
fluphenazine decanoate	1	PA
fluphenazine hcl	1	PA
HALDOL DECANOATE 100	1	PA
HALDOL DECANOATE 50	1	PA
haloperidol	1	PA
haloperidol decanoate	1	PA
haloperidol decanoate 100	1	PA
haloperidol lactate	1	PA
loxapine	1	PA
molindone hcl	1	PA
pimozide	1	PA
thioridazine hcl	1	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
thiothixene	1	PA
trifluoperazine hcl	1	PA
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY (10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 30 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ABILIFY (2 MG TABLET, 5 MG TABLET)	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML	1	QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML	1	QL (3.2 PER 56 OVER TIME)
ABILIFY MAINTENA	1	QL (1 PER 28 DAYS)
aripiprazole (10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
aripiprazole (2 mg tablet, 5 mg tablet)	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
aripiprazole 1 mg/ml solution	1	PA, QL (750 PER 30 DAYS)
aripiprazole odt	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	1	QL (3.9 PER 56 OVER TIME)
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	1	QL (1.6 PER 28 DAYS)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	1	QL (2.4 PER 28 DAYS)
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	1	QL (3.2 PER 28 DAYS)
ARISTADA INITIO	1	QL (2.4 PER 42 OVER TIME)
asenapine maleate	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CAPLYTA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FANAPT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FANAPT FNPT TITRTION PCK	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
FANAPT TITRATION PACK C	1	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)

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
GEODON (20 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
GEODON (20 MG/ML VIAL, 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
INVEGA (ER 3 MG TABLET, ER 9 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
INVEGA ER 6 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML	1	QL (3.5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML	1	QL (5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML	1	QL (0.75 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRG	1	QL (1 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML	1	QL (1.5 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	1	QL (0.25 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	1	QL (0.5 PER 28 DAYS)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML	1	QL (0.88 PER 84 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML	1	QL (1.32 PER 84 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML	1	QL (1.75 PER 84 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML	1	QL (2.63 PER 84 OVER TIME)
LATUDA (20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET, 120 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LATUDA 80 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
lurasidone hcl (20 mg tablet, 40 mg tablet, 60 mg tablet, 120 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
lurasidone hcl 80 mg tablet	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LYBALVI	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TABLET, 34 MG CAPSULE)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
olanzapine (15 mg tablet, 20 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

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
olanzapine (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
olanzapine 10 mg vial	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
olanzapine odt	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OPIPZA (5 MG FILM, 10 MG FILM)	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
OPIPZA 2 MG FILM	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
paliperidone er (er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
paliperidone er 6 mg tablet	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
PERSERIS	1	QL (1 PER 28 DAYS)
quetiapine fumarate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
quetiapine fumarate (300 mg tab, 400 mg tab)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
quetiapine fumarate 150 mg tablet	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
quetiapine fumarate er (er 150 mg tablet, er 200 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
quetiapine fumarate er (er 50 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
REXULTI (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET, 4 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
RISPERDAL (0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
RISPERDAL 1 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
RISPERDAL 4 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
RISPERDAL CONSTA	1	QL (2 PER 28 DAYS)
risperidone (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
risperidone 1 mg/ml solution	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
risperidone 4 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)

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
risperidone er	1	QL (2 PER 28 DAYS)
risperidone odt (0.25 mg odt, 0.5 mg odt, 1 mg odt, 2 mg odt, 3 mg odt)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
risperidone odt 4 mg	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SAPHRIS	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SECUADO	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SEROQUEL (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SEROQUEL (300 MG TABLET, 400 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SEROQUEL XR (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SEROQUEL XR (50 MG TABLET, 300 MG TABLET, 400 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
UZEDY ER 100 MG/0.28 ML SYRING	1	QL (0.28 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 125 MG/0.35 ML SYRING	1	QL (0.35 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 150 MG/0.42 ML SYRING	1	QL (0.42 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 200 MG/0.56 ML SYRING	1	QL (0.56 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 250 MG/0.7 ML SYRINGE	1	QL (0.7 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 50 MG/0.14 ML SYRINGE	1	QL (0.14 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 75 MG/0.21 ML SYRINGE	1	QL (0.21 PER 28 DAYS)
VRAYLAR (1.5 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4.5 MG CAPSULE, 6 MG CAPSULE)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ziprasidone hcl (20 mg capsule, 40 mg capsule)	1	QL (90 PER 30 DAYS)
ziprasidone hcl (60 mg capsule, 80 mg capsule)	1	QL (60 PER 30 DAYS)

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
ziprasidone mesylate	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ZYPREXA (15 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ZYPREXA (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
ZYPREXA 10 MG VIAL	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZYPREXA 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		
clozapine (25 mg tablet, 50 mg tablet)	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
clozapine 100 mg tablet	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
clozapine 200 mg tablet	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
clozapine odt (odt 25 mg tablet, odt 100 mg tablet)	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
clozapine odt 12.5 mg tablet	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
clozapine odt 150 mg tablet	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
clozapine odt 200 mg tablet	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
CLOZARIL (25 MG TABLET, 50 MG TABLET)	1	PA, QL (90 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)
VERSACLOZ	1	PA, QL (540 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antispasticity Agents		
baclofen (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	
DANTRIUM 25 MG CAPSULE	1	
dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	1	
tizanidine hcl	1	
Antivirals		
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)		
BIKTARVY	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DOVATO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
GENVOYA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ISENTRESS (100 MG POWDER PACKET, 400 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ISENTRESS (25 MG TABLET CHEW, 100 MG TABLET CHEW)	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS HD	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JULUCA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
STRIBILD	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TIVICAY (25 MG TABLET, 50 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TIVICAY 10 MG TABLET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
TIVICAY PD	1	QL (360 PER 30 DAYS)
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)		
DELSTRIGO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT PED	1	QL (180 PER 30 DAYS)
efavirenz 600 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-emtric-tenofov disop	1	QL (30 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
efavirenz-lamivu-tenofov disop	1	QL (30 PER 30 DAYS)
etravirine	1	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE (100 MG TABLET, 200 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 25 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
nevirapine 200 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
nevirapine 50 mg/5 ml susp	1	QL (1200 PER 30 DAYS)
nevirapine er 400 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PIFELTRO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
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)		
abacavir 20 mg/ml solution	1	QL (960 PER 30 DAYS)
abacavir 300 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
abacavir-lamivudine	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CIMDUO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
COMPLERA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DESCOVY	1	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitabine	1	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitabine-rilpivirne-tenof	1	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitabine-tenofovir disop	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	1	QL (850 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 200 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EPIVIR 10 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (960 PER 30 DAYS)
EPIVIR 150 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
EPIVIR 300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EPZICOM	1	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine (10 mg/ml oral soln, 300 mg/30ml sol cup)	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
lamivudine 150 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
lamivudine 300 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine-zidovudine	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ODEFSEY	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RETROVIR 10 MG/ML SYRUP	1	QL (1920 PER 30 DAYS)
RETROVIR 100 MG CAPSULE	1	QL (180 PER 30 DAYS)
tenofovir disoproxil fumarate	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ PD	1	QL (180 PER 30 DAYS)
TRUVADA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD (150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET, 300 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD POWDER	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ZIAGEN 20 MG/ML SOLUTION	1	QL (960 PER 30 DAYS)
zidovudine 100 mg capsule	1	QL (180 PER 30 DAYS)
zidovudine 300 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
zidovudine 50 mg/5 ml syrup	1	QL (1920 PER 30 DAYS)
Anti-HIV Agents, Other		
FUZEON	1	QL (60 PER 30 DAYS)
maraviroc 150 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
maraviroc 300 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
RUKOBIA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SELZENTRY (75 MG TABLET, 150 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (1840 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TABLET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 300 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
SUNLENCA (4- 300 MG TABLET, 300 MG TABLET)	1	QL (4 PER 28 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
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)
atazanavir sulfate (150 mg cap, 300 mg cap)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
atazanavir sulfate 200 mg cap	1	QL (60 PER 30 DAYS)
darunavir 600 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
darunavir 800 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ	1	QL (30 PER 30 DAYS)
fosamprenavir calcium	1	QL (120 PER 30 DAYS)
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)
lopinavir-ritonavir 80-20mg/ml	1	QL (480 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir lopinavir-ritonavr 100-25mg tb	1	QL (300 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir lopinavir-ritonavr 200-50mg tb	1	QL (120 PER 30 DAYS)
NORVIR (100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET)	1	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZCOBIX	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	1	QL (400 PER 30 DAYS)
PREZISTA 150 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
PREZISTA 600 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PREZISTA 75 MG TABLET	1	QL (300 PER 30 DAYS)
PREZISTA 800 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REYATAZ 200 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
REYATAZ 300 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)

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
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ritonavir	1	QL (360 PER 30 DAYS)
SYMTUZA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TABLET	1	QL (270 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
LIVTENCITY	1	QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS (240 MG TABLET, 480 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VALCYTE	1	
valganciclovir hcl	1	
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
adefovir dipivoxil	1	
BARACLUDE	1	
entecavir	1	
lamivudine 100 mg tablet	1	
lamivudine hbv	1	
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
MAVYRET	1	PA
ribavirin (200 mg capsule, 200 mg tablet)	1	
ZEPATIER	1	PA
Anti-influenza Agents		
oseltamivir phosphate (45 mg capsule, 75 mg capsule)	1	QL (84 PER 365 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 30 mg capsule	1	QL (168 PER 365 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 6 mg/ml suspension	1	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
RELENZA	1	QL (120 PER 365 OVER TIME)
TAMIFLU (45 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	1	QL (84 PER 365 OVER TIME)

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
TAMIFLU 30 MG CAPSULE	1	QL (168 PER 365 OVER TIME)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION	1	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
XOFLUZA (40 MG TAB (80 MG DOSE), 40 MG TABLET)	1	QL (4 PER 365 OVER TIME)
XOFLUZA 80 MG TABLET	1	QL (2 PER 365 OVER TIME)
Antiherpetic Agents		
acyclovir (200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp cup, 400 mg tablet, 800 mg tablet, 800 mg/20ml susp cup)	1	
acyclovir 5% ointment	1	PA
acyclovir sodium (500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial)	1	PA
famciclovir	1	
valacyclovir	1	
VALTREX	1	
ZOVIRAX 5% OINTMENT	1	PA
Antiviral, Coronavirus agents		
PAXLOVID (EUA)	1	
PAXLOVID 150-100 MG (MODERATE)	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	1	QL (30 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID 300/150-100MG(SEVERE)	1	QL (11 PER 30 OVER TIME)
Anxiolytics		
alprazolam (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
alprazolam 2 mg tablet	1	QL (150 PER 30 DAYS)
alprazolam er (er 0.5 mg tablet, er 1 mg tablet)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
alprazolam er 2 mg tablet	1	QL (150 PER 30 DAYS)

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
alprazolam er 3 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
alprazolam xr (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
alprazolam xr 2 mg tablet	1	QL (150 PER 30 DAYS)
alprazolam xr 3 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
buspirone hcl	1	
chlordiazepoxide hcl (5 mg capsule, 10 mg capsule)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
chlordiazepoxide hcl 25 mg capsule	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
clonazepam (0.125 mg dis tab, 0.125 mg odt, 0.25 mg odt, 0.5 mg dis tablet, 0.5 mg odt, 1 mg dis tablet, 1 mg odt)	1	QL (90 PER 30 DAYS)
clonazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
clonazepam (2 mg odt, 2 mg tablet)	1	QL (300 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 15 mg tablet	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 3.75 mg tablet	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 7.5 mg tablet	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
diazepam (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
diazepam (5 mg/5 ml oral cup, 5 mg/5 ml solution)	1	PA, QL (1200 PER 30 DAYS)
diazepam (5 mg/ml, 25 mg/5 ml)	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
hydroxyzine hcl (10 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml syrup, hcl 10 mg tablet, hcl 25 mg tablet, 50 mg/25 ml cup, hcl 50 mg tablet)	1	PA
hydroxyzine pamoate	1	PA
lorazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
lorazepam (2 mg tablet, 2 mg/ml oral concent)	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
lorazepam intensol	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
oxazepam	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

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		
lithium carbonate	1	
lithium carbonate er	1	
lithium citrate	1	
LITHOBID	1	
Blood Glucose Regulators		
Antidiabetic Agents		
acarbose 100 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
acarbose 25 mg tablet	1	QL (360 PER 30 DAYS)
acarbose 50 mg tablet	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ACTOS (30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ACTOS 15 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
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)
gauze pad gnp sterile pads 2" x 2"	1	PA
gauze pads & dressings - pads 2 x 2	1	PA
glimepiride 1 mg tablet	1	QL (240 PER 30 DAYS)
glimepiride 2 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
glimepiride 4 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
glipizide 10 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
glipizide 2.5 mg tablet	1	QL (480 PER 30 DAYS)
glipizide 5 mg tablet	1	QL (240 PER 30 DAYS)
glipizide er 10 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)

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

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
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TB	1	QL (30 PER 30 DAYS)
metformin hcl 1,000 mg tablet	1	QL (75 PER 30 DAYS)
metformin hcl 500 mg tablet	1	QL (150 PER 30 DAYS)
metformin hcl 850 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
metformin hcl er 500 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
metformin hcl er 750 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
MOUNJARO	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
nateglinide 120 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
nateglinide 60 mg tablet	1	QL (180 PER 30 DAYS)
OZEMPIC (0.25-0.5 MG/DOSE PEN, 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML))	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
pioglitazone hcl (30 mg tablet, 45 mg tablet)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
pioglitazone hcl 15 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
pioglitazone-glimepiride	1	QL (30 PER 30 DAYS)
pioglitazone-metformin	1	QL (90 PER 30 DAYS)
repaglinide 0.5 mg tablet	1	QL (960 PER 30 DAYS)
repaglinide 1 mg tablet	1	QL (480 PER 30 DAYS)
repaglinide 2 mg tablet	1	QL (240 PER 30 DAYS)
RYBELSUS	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
saxagliptin hcl	1	QL (30 PER 30 DAYS)
saxagliptin-metformin er (saxagliptin-metformin er 5-500, saxagliptin-metformn er 5-1000)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
saxagliptin-metformin er saxagliptn-metform 2.5-1000	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SOLIQUA 100-33	1	QL (18 PER 30 DAYS)
sterile pads ft 2" x 2"	1	PA
SYMLINPEN 120	1	
SYMLINPEN 60	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
SYNJARDY (5-1,000 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TABLET, 12.5-500 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY 5-500 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR (5-1,000 MG TABLET, 10-1,000 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TAB)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRADJENTA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRULICITY	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR (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)
diazoxide	1	
GLUCAGEN	1	QL (4 PER 30 DAYS)
glucagon emergency kit (glucagon emergency kit, glucagon emergency kit)	1	QL (4 PER 30 DAYS)
GVOKE	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK -PK MG/0.2 ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 1PK 0.5MG/0.1 ML	1	QL (0.4 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 2-PK 1 MG/0.2 ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 2PK 0.5MG/0.1 ML	1	QL (0.4 PER 30 DAYS)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE -PK MG/0.2 ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 2-PK 1 MG/0.2 ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PROGLYCEM	1	
Insulins		
autoshield duo pen needle ndl 30g 5mm	1	PA
droplet insulin syringe (0.3 ml 29g 12.7mm(1/2), 0.3 ml 30g 12.7mm(1/2), ins 0.3ml 30g 8mm(1/2), ins 0.3ml 31g 6mm(1/2), ins 0.3ml 31g 8mm(1/2), ins 0.5 ml 29g 12.7mm, ins 0.5 ml 30g 12.7mm, ins syr 0.5 ml 31g 6mm, ins syr 0.5 ml 31g 8mm, ins syr 0.5ml 30g 8mm, ins syr 1 ml 30g 8mm, ins syr 1 ml 31g 6mm, ins syr 1 ml 31g 8mm, ins syr 1ml 29g 12.7mm, ins syr 1ml 30g 12.7mm)	1	PA
droplet micron pen needle 34g 3.5mm	1	PA
droplet pen needle (29g 10mm, 29g 12mm, 31g 5mm, 31g 6mm, 31g 8mm, 32g 4mm, 32g 5mm, 32g 6mm, 32g 8mm)	1	PA
easy comfort insulin syringe (0.5ml, 1 ml)	1	PA
easy comfort pen needle (4mm, 5mm)	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
insulin pen needle	1	PA
insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml	1	PA
insulin syringe (disp) u-100 1 ml	1	PA
insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml	1	PA
insulin syringe (syr 0.5 ml 28g 12.7mm, syringe 1 ml 27g 16mm, syringe 1ml 28g 12.7mm)	1	PA
LANTUS	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LANTUS SOLOSTAR	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV KWIKPEN U-100	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV KWIKPEN U-200	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV TEMPO PEN U-100	1	QL (60 PER 30 DAYS)
nano 2nd gen pen needle 3g 4mm	1	PA
nano pen needle	1	PA
needles, insulin disp., safety	1	PA
NOVOLIN 70-30	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN N	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN N FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN R	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN R FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG MIX 70-30	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG PENFILL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
omnipod 5 (g6/libre 2 plus)	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
omnipod 5 dexg7g6 intro(gen 5)	1	PA, QL (1 PER 720 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
omnipod 5 dexg7g6 pods (gen 5)	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
omnipod 5 g6-g7 intro kt(gen5)	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
omnipod 5 g6-g7 pods (gen 5)	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
omnipod 5 intro(g6/libre2plus)	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
omnipod classic pods (gen 3)	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
omnipod dash intro kit (gen 4)	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
omnipod dash pdm kit (gen 4)	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
omnipod dash pods (gen 4)	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
omnipod go pods	1	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
pen needle (31g 5mm, 31g 8mm, 32g 4mm, 32g 6mm)	1	PA
TOUJEO MAX SOLOSTAR	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR	1	QL (60 PER 30 DAYS)
true comfort safety pen needle	1	PA
ultiguard safepack-pen needle gnp	1	PA
ultra-fine insulin syringe	1	PA
ultra-fine pen needle	1	PA
unifine otc pen needle	1	PA
unifine pentips	1	PA
unifine pentips plus	1	PA

Blood Products and Modifiers

Anticoagulants

dabigatran etexilate (75 mg cap, 150 mg cp)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
dabigatran etexilate 110 mg cp	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (0.5 MG PKT(1X0.5MG TB), 1.5 MG PKT(3X0.5MG TB), 2 MG PKT(4X 0.5 MG TB))	1	QL (560 PER 28 DAYS)
ELIQUIS (5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG)	1	QL (74 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS SPRINKLE	1	QL (74 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium (100 mg/ml, 150 mg/ml)	1	QL (30 PER 90 OVER TIME)
enoxaparin sodium (80 mg/0.8 ml, 120 mg/0.8 ml)	1	QL (24 PER 90 OVER TIME)
enoxaparin sodium 30 mg/0.3 ml syr	1	QL (9 PER 90 OVER TIME)
enoxaparin sodium 40 mg/0.4 ml syr	1	QL (12 PER 90 OVER TIME)
enoxaparin sodium 60 mg/0.6 ml syr	1	QL (18 PER 90 OVER TIME)
fondaparinux sodium 10 mg/0.8 ml syr	1	QL (24 PER 90 OVER TIME)
fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5 ml syr	1	QL (15 PER 90 OVER TIME)
fondaparinux sodium 5 mg/0.4 ml syr	1	QL (12 PER 90 OVER TIME)
fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6 ml syr	1	QL (18 PER 90 OVER TIME)
heparin sodium (sod 1,000 unit/ml vial, 2,000 unit/2 ml vial, 5,000 unit/ml carpujct, sod 5,000 unit/ml syrg, sod 5,000 unit/ml vial, 10,000 unit/10 ml vial, sod 10,000 unit/ml vl, sod 20,000 unit/ml vl, 30,000 unit/30 ml vial, 40,000 unit/4 ml vial, 50,000 unit/10 ml vial, 50,000 unit/5 ml vial)	1	
jantoven	1	
LOVENOX (100 MG/ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE)	1	QL (30 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX (80 MG/0.8 ML SYRINGE, 120 MG/0.8 ML SYRINGE)	1	QL (24 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SYRINGE	1	QL (9 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SYRINGE	1	QL (12 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SYRINGE	1	QL (18 PER 90 OVER TIME)
rivaroxaban 1 mg/ml suspension	1	QL (620 PER 30 DAYS)
rivaroxaban 2.5 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
warfarin sodium	1	
XARELTO (10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)

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
XARELTO (2.5 MG TABLET, 15 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION	1	QL (620 PER 30 DAYS)
XARELTO DVT-PE TREAT START 30D	1	QL (51 PER 30 DAYS)
ZONTIVITY	1	
Blood Products and Modifiers, Other		
AGRYLIN	1	
anagrelide hcl	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
PROCRIT	1	PA
PROMACTA	1	PA
RETACRIT	1	PA
UDENYCA	1	PA
UDENYCA AUTOINJECTOR	1	PA
UDENYCA ONBODY	1	PA
ZIEXTENZO	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
Hemostasis Agents		
tranexamic acid 650 mg tablet	1	
Platelet Modifying Agents		
aspirin-dipyridamole er	1	
BRILINTA	1	
CABLIVI	1	
cilostazol	1	
clopidogrel 75 mg tablet	1	
dipyridamole (25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet)	1	
PLAVIX	1	
prasugrel hcl	1	
ticagrelor	1	
Cardiovascular Agents		
Alpha-adrenergic Agonists		
clonidine	1	
clonidine hcl (0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 mg tablet)	1	
droxidopa	1	PA
guanfacine hcl	1	
midodrine hcl	1	
NORTHERA	1	PA
Alpha-adrenergic Blocking Agents		
CARDURA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
doxazosin mesylate	1	QL (60 PER 30 DAYS)
phenoxybenzamine hcl	1	
prazosin hcl	1	
terazosin hcl (2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)	1	QL (60 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
terazosin hcl 1 mg capsule	1	QL (90 PER 30 DAYS)
Angiotensin II Receptor Antagonists		
ATACAND (4 MG TABLET, 8 MG TABLET, 16 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ATACAND 32 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
AVAPRO	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)
candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tb)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
candesartan cilexetil 32 mg tb	1	QL (30 PER 30 DAYS)
COZAAR (25 MG TABLET, 50 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
COZAAR 100 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DIOVAN (40 MG TABLET, 80 MG TABLET, 160 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
DIOVAN 320 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDARBI	1	QL (30 PER 30 DAYS)
irbesartan	1	QL (30 PER 30 DAYS)
losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
losartan potassium 100 mg tab	1	QL (30 PER 30 DAYS)
MICARDIS	1	QL (30 PER 30 DAYS)
olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
olmesartan medoxomil 5 mg tab	1	QL (60 PER 30 DAYS)
telmisartan	1	QL (30 PER 30 DAYS)
valsartan (40 mg tablet, 80 mg tablet, 160 mg tablet)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
valsartan 320 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors		
ALTACE	1	
benazepril hcl	1	
captopril	1	
enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab)	1	
fosinopril sodium	1	
lisinopril	1	
LOTENSIN	1	
moexipril hcl	1	
perindopril erbumine	1	
quinapril hcl	1	
ramipril	1	
trandolapril	1	
VASOTEC	1	
ZESTRIL	1	
Antiarrhythmics		
amiodarone hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet)	1	
dofetilide	1	
flecainide acetate	1	
mexiletine hcl	1	
MULTAQ	1	
pacerone (pacerone 100 mg tablet, pacerone 400 mg tablet, pacerone 200 mg tablet)	1	
propafenone hcl	1	
propafenone hcl er	1	
quinidine gluconate er 324 mg tab	1	
quinidine sulfate	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
sorine	1	
sotalol	1	
sotalol af	1	
TIKOSYN	1	
Beta-adrenergic Blocking Agents		
acebutolol hcl	1	
atenolol	1	
betaxolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	
bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)	1	
BYSTOLIC	1	
carvedilol	1	
carvedilol er	1	
COREG CR	1	
INDERAL LA	1	
INDERAL XL	1	
INNOPRAN XL	1	
labetalol hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet)	1	
LOPRESSOR (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	
metoprolol succinate	1	
metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tb, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	1	
nadolol	1	
nebivolol hcl	1	
pindolol	1	
propranolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 20 mg/5 ml soln, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml soln, 60 mg tablet, 80 mg tablet)	1	
propranolol hcl er	1	

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
TENORMIN	1	
timolol maleate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	
TOPROL XL	1	
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
amlodipine besylate	1	
felodipine er	1	
isradipine	1	
nicardipine hcl (20 mg capsule, 30 mg capsule)	1	
nifedipine	1	
nifedipine er	1	
nimodipine 30 mg capsule	1	
nisoldipine (er 8.5 mg tablet, er 17 mg tablet, er 25.5 mg tablet, er 34 mg tablet)	1	
NORVASC	1	
PROCARDIA XL	1	
SULAR	1	
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
CARDIZEM	1	
CARDIZEM CD	1	
CARDIZEM LA	1	
cartia xt	1	
dilt-xr	1	
diltiazem 12hr er	1	
diltiazem 24hr er	1	
diltiazem 24hr er (cd)	1	
diltiazem 24hr er (la)	1	
diltiazem 24hr er (xr)	1	
diltiazem hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet, 120 mg tablet)	1	

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
matzim la	1	
taztia xt	1	
tiadylt er	1	
TIAZAC	1	
verapamil er	1	
verapamil er pm	1	
verapamil hcl (40 mg tablet, 80 mg tablet, 120 mg tablet)	1	
verapamil sr	1	
VERELAN	1	
VERELAN PM	1	
Cardiovascular Agents, Other		
acetazolamide	1	
acetazolamide er	1	
aliskiren	1	QL (30 PER 30 DAYS)
amiloride-hydrochlorothiazide	1	
amlodipine besylate-benazepril	1	
amlodipine-atorvastatin	1	
amlodipine-olmesartan	1	QL (30 PER 30 DAYS)
amlodipine-valsartan	1	QL (30 PER 30 DAYS)
amlodipine-valsartan-hctz	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ATACAND HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
atenolol-chlorthalidone	1	
AVALIDE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
AZOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
benazepril-hydrochlorothiazide	1	
BENICAR HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
bisoprolol-hydrochlorothiazide	1	
candesartan-hydrochlorothiazid	1	QL (30 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
digitek	1	QL (30 PER 30 DAYS)
digoxin (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 62.5 mcg tablet, 125 mcg tablet, 250 mcg tablet)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
digoxin 0.05 mg/ml solution	1	QL (150 PER 30 DAYS)
DIOVAN HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDARBYCLOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
enalapril-hydrochlorothiazide	1	
ENTRESTO (49 MG-51 MG TABLET, 97 MG-103 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ENTRESTO SPRINKLE	1	QL (240 PER 30 DAYS)
EXFORGE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EXFORGE HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
fosinopril-hydrochlorothiazide	1	
HYZAAR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
irbesartan-hydrochlorothiazide	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ivabradine hcl	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LANOXIN (62.5 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 250 MCG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
lisinopril-hydrochlorothiazide	1	
losartan-hydrochlorothiazide	1	QL (30 PER 30 DAYS)
methazolamide	1	
metoprolol-hydrochlorothiazide	1	
metyrosine	1	
MICARDIS HCT (40-12.5 MG TABLET, 80-25 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MICARDIS HCT 80-12.5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
olmesartan-amlodipine-hctz	1	QL (30 PER 30 DAYS)
olmesartan-hydrochlorothiazide	1	QL (30 PER 30 DAYS)
pentoxifylline	1	
quinapril-hydrochlorothiazide	1	
ranolazine er	1	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan (49-51 mg, 97-103 mg)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan 24-26 mg	1	QL (180 PER 30 DAYS)
spironolactone-hctz	1	
TEKTURNA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
telmisartan-amlodipine	1	QL (30 PER 30 DAYS)
telmisartan-hydrochlorothiazid (40-12.5 mg tb, 80-25 mg tab)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
telmisartan-hydrochlorothiazid telmisartan-hctz 80-12.5 mg tb	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TENORETIC 100	1	
TENORETIC 50	1	
trandolapril-verapamil er	1	
TRIBENZOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
valsartan-hydrochlorothiazide	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VASERETIC	1	
ZESTORETIC	1	
ZIAC	1	
Diuretics, Loop		
bumetanide	1	
furosemide	1	
LASIX	1	
torsemide	1	

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

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

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
lovastatin	1	QL (60 PER 30 DAYS)
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
pravastatin sodium 80 mg tab	1	QL (30 PER 30 DAYS)
rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
rosuvastatin calcium 40 mg tab	1	QL (30 PER 30 DAYS)
simvastatin (5 mg tablet, 10 mg tablet, 40 mg tablet)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
simvastatin 20 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
simvastatin 80 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZOCOR (10 MG TABLET, 40 MG TABLET)	1	ST, QL (45 PER 30 DAYS)
ZOCOR 20 MG TABLET	1	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
Dyslipidemics, Other		
cholestyramine	1	
cholestyramine light	1	
COLESTID 1 GM TABLET	1	
colestipol hcl	1	
ezetimibe	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ezetimibe-simvastatin	1	QL (30 PER 30 DAYS)
icosapent ethyl (0.5 gm capsule, 500 mg capsule)	1	QL (240 PER 30 DAYS)
icosapent ethyl 1 gram capsule	1	QL (120 PER 30 DAYS)
JUXTAPID (5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE)	1	PA
niacin er (er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
niacin er 500 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
omega-3 acid ethyl esters	1	
prevalite	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
REPATHA PUSHTRONEX	1	PA, QL (7 PER 28 DAYS)
REPATHA SURECLICK	1	PA, QL (6 PER 28 DAYS)
REPATHA SYRINGE	1	PA, QL (6 PER 28 DAYS)
triklo	1	
VASCEPA 0.5 GM CAPSULE	1	QL (240 PER 30 DAYS)
VASCEPA 1 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	
eplerenone	1	
INSPRA	1	
KERENDIA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
spironolactone (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	1	
Vasodilators, Direct-acting Arterial		
hydralazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	1	
minoxidil (2.5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous		
ISORDIL TITRADOSE	1	
isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	1	
isosorbide mononitrate	1	
isosorbide mononitrate er	1	
NITRO-BID	1	
nitroglycerin (0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, 0.4% ointment, 0.6 mg tablet sl, 400 mcg spray)	1	
nitroglycerin patch	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NITROLINGUAL	1	
NITROSTAT	1	
RECTIV	1	
VERQUVO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Central Nervous System Agents		
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines		
ADDERALL XR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DEXEDRINE (10 MG, 15 MG, 15 MG CAP)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 10 mg tab	1	QL (180 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 5 mg tab	1	QL (90 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate er (er 10 mg cap, er 15 mg cap)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap	1	QL (90 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine-amphet er (er 5 mg cap, er 10 mg cap, er 15 mg cap, er 20 mg cap, er 25 mg cap, er 30 mg cap)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine-amphetamine (dextroamp-amphetam 7.5 mg tab, dextroamp-amphetam 12.5 mg tab, dextroamp-amphetamin 10 mg tab, dextroamp-amphetamin 15 mg tab, dextroamp-amphetamin 30 mg tab, dextroamp-amphetamine 5 mg tab)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine-amphetamine dextroamp-amphetamin 20 mg tab	1	QL (90 PER 30 DAYS)
lisdexamfetamine dimesylate (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule, 50 mg capsule, 60 mg capsule, 70 mg capsule)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VYVANSE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE, 70 MG CAPSULE)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
zenzedi 10 mg tablet	1	QL (180 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
zenzedi 5 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
atomoxetine hcl (10 mg capsule, 18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
atomoxetine hcl (60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
clonidine hcl er 0.1 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
dexmethylphenidate hcl	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FOCALIN	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
guanfacine hcl er	1	QL (30 PER 30 DAYS)
methylphenidate er 20 mg tab	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg/5 ml sol	1	PA, QL (900 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 5 mg/5 ml soln	1	PA, QL (450 PER 30 DAYS)
RITALIN	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
STRATTERA (10 MG CAPSULE, 18 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
STRATTERA (60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Central Nervous System, Other		
AUSTEDO (9 MG TABLET, 12 MG TABLET)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
AUSTEDO 6 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR (12 MG TABLET, 18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET, 42 MG TABLET, 48 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) KT(6-12-24 MG)	1	PA, QL (42 PER 28 DAYS)

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 TITRATION KT(WK1-4) TITR(12-18-24-30MG)	1	PA, QL (28 PER 28 DAYS)
INGREZZA (60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
INGREZZA 40 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	1	PA, QL (28 PER 28 DAYS)
INGREZZA SPRINKLE (60 MG CAP, 80 MG CAP)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
INGREZZA SPRINKLE 40 MG CAP	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
NUEDEXTA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
riluzole	1	
tetrabenazine 12.5 mg tablet	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
tetrabenazine 25 mg tablet	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
VEOZAH	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
XENAZINE 12.5 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
XENAZINE 25 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
Multiple Sclerosis Agents		
AMPYRA	1	PA
AVONEX (4 PACK)	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
AVONEX 30 MCG/0.5 ML SYRINGE	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
AVONEX PEN (4 PACK)	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
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)
dalfampridine er	1	PA
dimethyl fumarate	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
fingolimod	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GILENYA 0.5 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 20 mg/ml syringe	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

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
glatiramer acetate 40 mg/ml syringe	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
glatopa 20 mg/ml syringe	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatopa 40 mg/ml syringe	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
KESIMPTA PEN	1	PA, QL (1.6 PER 28 DAYS)
PLEGRIDY	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
PLEGRIDY PEN	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
TECFIDERA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VUMERITY	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
Dental and Oral Agents		
cevimeline hcl	1	
chlorhexidine gluconate (0.12% 15 ml cup, 0.12% rinse)	1	
kourzeq	1	
oralone	1	
periogard	1	
pilocarpine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)	1	
SALAGEN	1	
triamcinolone acetonide 0.1% paste	1	
Dermatological Agents		
Acne and Rosacea Agents		
accutane	1	
acitretin	1	
amnesteem	1	
AVITA	1	PA
azelaic acid	1	
AZELEX	1	
BENZAMYCIN	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
claravis	1	
clindamycin phos-benzoyl perox ph-benzoyl 1.2-5%	1	
clindamycin-benzoyl peroxide (clindamycin-benzoyl 1-5%, clindamycin-bnz 1-5% pmp)	1	
doxycycline ir-dr	1	
erythromycin-benzoyl peroxide	1	
FINACEA	1	
isotretinoin	1	
KLARON	1	
myorisan	1	
neuac	1	
ORACEA	1	
RETIN-A	1	PA
sulfacetamide sodium (sod 10% top susp, sodium 10% lotn)	1	
tazarotene (0.05% cream, 0.05% gel, 0.1% cream, 0.1% gel)	1	PA
TAZORAC (0.05% CREAM, 0.05% GEL, 0.1% GEL)	1	PA
tretinoin (0.01% gel, 0.025% cream, 0.025% gel, 0.05% cream, 0.1% cream)	1	PA
zenatane	1	
Dermatitis and Pruitus Agents		
ALA-CORT 1% CREAM	1	
alclometasone dipropionate	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ammonium lactate	1	
betamethasone diprop augmented (0.05% crm, 0.05% gel, 0.05% oin)	1	QL (200 PER 28 DAYS)
betamethasone diprop augmented dp 0.05% lot	1	QL (210 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
betamethasone dipropionate (0.05% crm, 0.05% oint)	1	QL (135 PER 30 DAYS)
betamethasone dipropionate dp 0.05% lot	1	QL (120 PER 30 DAYS)
betamethasone valerate (va 0.1% cream, valer 0.1% ointm)	1	QL (135 PER 30 DAYS)
betamethasone valerate 0.1% lotion	1	QL (120 PER 30 DAYS)
clobetasol emollient 0.05% crm	1	QL (210 PER 28 DAYS)
clobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment)	1	QL (210 PER 28 DAYS)
clobetasol propionate (0.05% solution, prop 0.05% foam)	1	QL (200 PER 28 DAYS)
clobetasol propionate 0.05% shampoo	1	QL (236 PER 30 DAYS)
clodan	1	QL (236 PER 30 DAYS)
desonide (0.05% cream, 0.05% ointment)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
desonide 0.05% lotion	1	QL (118 PER 30 DAYS)
desoximetasone (0.05% cream, 0.05% gel, 0.25% cream, 0.25% ointment)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
DIPROLENE	1	QL (200 PER 28 DAYS)
doxepin hcl 5% cream	1	PA
ELIDEL	1	PA
fluocinolone acetonide (0.01% body, 0.01% scalp)	1	QL (118.28 PER 30 DAYS)
fluocinolone acetonide (0.01% cream, 0.01% solution, 0.025% cream, 0.025% ointment)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
fluocinonide (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
fluocinonide 0.1% cream	1	QL (240 PER 28 DAYS)
fluocinonide-e	1	QL (120 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate (0.005% oint, 0.05% cream)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
halobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% ointmnt)	1	QL (200 PER 28 DAYS)

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
hydrocortisone (1% cream, 1% ointment)	1	
hydrocortisone 2.5% lotion	1	QL (118 PER 30 DAYS)
hydrocortisone 2.5% ointment	1	QL (454 PER 30 DAYS)
hydrocortisone butyrate (hydrocort buty 0.1% lipid crm, hydrocort buty 0.1% lipo cream, hydrocortisone buty 0.1% cream, hydrocortisone butyr 0.1% oint)	1	QL (135 PER 30 DAYS)
hydrocortisone butyrate 0.1% soln	1	QL (120 PER 30 DAYS)
hydrocortisone valerate	1	QL (120 PER 30 DAYS)
LOCOID LIPOCREAM	1	QL (135 PER 30 DAYS)
mometasone furoate (0.1% cream, 0.1% oint)	1	QL (135 PER 30 DAYS)
mometasone furoate 0.1% soln	1	QL (120 PER 30 DAYS)
pimecrolimus	1	PA
PRUDOXIN	1	PA
selenium sulfide 2.5% lotion	1	
tacrolimus (0.03%, 0.1%)	1	PA
triamcinolone acetonide (0.025% cream, 0.025% oint, 0.1% cream, 0.1% ointment, 0.5% cream)	1	QL (454 PER 30 DAYS)
triamcinolone acetonide (0.025% lotion, 0.1% lotion, 0.5% ointment)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
triderm 0.5% cream	1	QL (454 PER 30 DAYS)
ZONALON	1	PA
Dermatological Agents, Other		
calcipotriene (0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
calcitrene	1	QL (120 PER 30 DAYS)
clotrimazole-betamethasone	1	
diclofenac sodium 3% gel	1	PA
EFUDEX	1	
fluorouracil (2% topical soln, 5% cream, 5% topical soln)	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
imiquimod 5% cream packet	1	PA
methoxsalen	1	
nystatin-triamcinolone	1	
OTEZLA (10-20 MG STARTER 28 DAY, 10-20-30MG START 28 DAY, 20 MG TABLET, 30 MG TABLET)	1	PA
podofilox 0.5% topical soln	1	
REGRANEX	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
SANTYL	1	QL (180 PER 30 DAYS)
SILVADENE	1	
silver sulfadiazine	1	
SSD	1	
Pediculicides/Scabicides		
ivermectin 1% cream	1	PA
malathion	1	
OVIDE	1	
permethrin	1	
SOOLANTRA	1	PA
Topical Anti-infectives		
gentamicin sulfate (0.1% cream, 0.1% ointment)	1	
METROCREAM	1	
METROGEL	1	
METROLOTION	1	
metronidazole (0.75% cream, 0.75% lotion, top 1% gel pump, topical 0.75% gl, topical 1% gel)	1	
mupirocin	1	QL (30 PER 30 OVER TIME)
rosadan	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
Electrolytes/Minerals/ Metals/ Vitamins		
Electrolyte/Mineral Replacement		
aqua care sodium chloride	1	
CARBAGLU	1	PA
carglumic acid	1	PA
dextrose 2.5%-0.45% nacl	1	
dextrose 5%-0.2% nacl	1	
dextrose 5%-0.225% nacl	1	
dextrose 5%-0.45% nacl	1	
dextrose 5%-0.9% nacl	1	
glucose 5%-0.9% nacl	1	
kcl-d5w-0.2% nacl	1	
kcl-d5w-0.225% nacl	1	
kcl-d5w-0.45% nacl	1	
KLOR-CON 10	1	
KLOR-CON 8	1	
klor-con m10	1	
KLOR-CON M15	1	
klor-con m20	1	
magnesium sulfate (50% 1 g/2 ml, 50% 10g/20ml, 50% 25g/50ml, 50% 5 g/10ml, 50% syringe)	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
JADENU SPRINKLE	1	PA
SAMSCA	1	PA
SYPRINE	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
tolvaptan (15 mg tablet, 30 mg tablet)	1	PA
trientine hcl 250 mg capsule	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
dextrose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 1,000 ml, 5%-water 250 ml, 5%-water 50 ml, 5%-water iv soln, 10%-water iv solution)	1	
glucose in water (50 ml, 100 ml)	1	
INTRALIPID 20% IV FAT EMUL	1	PA
NUTRILIPID	1	PA
TRAVASOL	1	PA
TROPHAMINE	1	PA
Potassium Binders		
kionex	1	
sodium polystyrene sulfonate powder	1	
SPS	1	
VELTASSA	1	
Gastrointestinal Agents		
Anti-Constipation Agents		
constulose	1	
enulose	1	
generlac	1	
lactulose (10 gm/15 ml soln cup, 10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml soln cup, 20 gm/30 ml solution)	1	
LINZESS	1	QL (30 PER 30 DAYS)
lubiprostone 24 mcg capsule	1	QL (60 PER 30 DAYS)
lubiprostone 8 mcg capsule	1	QL (120 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MOVANTIK	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RELISTOR (12 MG/0.6 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML VIAL)	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
RELISTOR 150 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE	1	PA, QL (12 PER 30 DAYS)
Anti-Diarrheal Agents		
alosetron hcl	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
diphenoxylate-atropine 2.5	1	PA
loperamide 2 mg capsule	1	
LOTRONEX	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VIBERZI	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
XERMELO	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Antispasmodics, Gastrointestinal		
dicyclomine hcl (10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet)	1	PA
glycopyrrolate (1 mg tablet, 2 mg tablet)	1	
methscopolamine bromide	1	
Gastrointestinal Agents, Other		
bismuth-metronidazole-tetracyc	1	
chenodal	1	PA
GATTEX	1	PA
gavilyte-c	1	
gavilyte-g	1	
gavilyte-n	1	
GOLYTELY	1	
metoclopramide hcl (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml cup, 10 mg/10 ml sol)	1	
MOVIPREP	1	
MYALEPT	1	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
OCALIVA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
peg 3350-electrolyte solution	1	
peg-3350 and electrolytes	1	
peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c	1	
PYLERA	1	
REGLAN	1	
sod sulf-potass sulf-mag sulf	1	
SUPREP	1	
SUTAB	1	
ursodiol (250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet)	1	
VOWST	1	PA, QL (12 PER 56 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists		
cimetidine (200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet)	1	
famotidine (20 mg tablet, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml susp)	1	
nizatidine (150 mg capsule, 300 mg capsule)	1	
Protectants		
CARAFATE	1	
CYTOTEC	1	
misoprostol	1	
sucralfate	1	
Proton Pump Inhibitors		
esomeprazole magnesium (dr 2.5 mg packet, dr 5 mg packet, dr 10 mg packet, dr 20 mg packet, dr 40 mg packet, mag dr 20 mg cap, mag dr 40 mg cap)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
lansoprazole (dr 15 mg capsule, dr 30 mg capsule)	1	QL (30 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
omeprazole (dr 20 mg capsule, dr 40 mg capsule)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
omeprazole dr 10 mg capsule	1	QL (30 PER 30 DAYS)
pantoprazole sodium dr 20 mg tab	1	QL (30 PER 30 DAYS)
pantoprazole sodium dr 40 mg tab	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PREVACID DR 30 MG CAPSULE	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
PROTONIX DR 20 MG TABLET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
PROTONIX DR 40 MG TABLET	1	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
rabeprazole sodium dr 20 mg tab	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
betaine anhydrous	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	
cromolyn sodium 100 mg/5 ml oral conc	1	
CRYSVITA	1	PA
CYSTADANE	1	
CYSTAGON	1	PA
ELELYSO	1	PA
ENDARI	1	PA
KUVAN	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
l-glutamine 5 gram powder pkt	1	PA
levocarnitine (1 g/10 ml cup, 1 g/10 ml soln, 330 mg tablet, 500 mg/5 ml cup)	1	
levocarnitine sf	1	
miglustat	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
nitisinone	1	
ORFADIN	1	
PALYNZIQ	1	PA
PROLASTIN C	1	PA
PYRUKYND (20-5 MG PACK, 50-20 MG PACK)	1	PA, QL (14 PER 28 DAYS)
PYRUKYND (5 MG TABLET, 20 MG TABLET, 20 MG TAPER PACK, 50 MG TABLET, 50 MG TAPER PACK)	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
PYRUKYND 5 MG TAPER PACK	1	PA, QL (7 PER 28 DAYS)
REVCOVI	1	
sapropterin dihydrochloride	1	PA
sodium phenylbutyrate	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)
yargesa	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
zelvysia	1	PA
ZENPEP	1	
ZOKINVY	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Genitourinary Agents		
Antispasmodics, Urinary		
darifenacin er	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DETROL	1	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
DETROL LA	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
fesoterodine fumarate er	1	QL (30 PER 30 DAYS)
GEMTESA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ (ER 25 MG TABLET, ER 50 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ ER 8 MG/ML SUSP	1	QL (300 PER 28 DAYS)
oxybutynin chloride (5 mg/5 ml soln cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/5 ml syrup)	1	QL (600 PER 30 DAYS)
oxybutynin chloride 5 mg tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
oxybutynin chloride er cl 10 mg tablet	1	QL (90 PER 30 DAYS)
oxybutynin chloride er cl 15 mg tablet	1	QL (60 PER 30 DAYS)
oxybutynin chloride er cl 5 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)
solifenacin succinate	1	QL (30 PER 30 DAYS)
tolterodine tartrate	1	QL (60 PER 30 DAYS)
tolterodine tartrate er	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TOVIAZ	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
trospium chloride	1	QL (60 PER 30 DAYS)
trospium chloride er	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Benign Prostatic Hypertrophy Agents		
alfuzosin hcl er	1	QL (30 PER 30 DAYS)
AVODART	1	QL (30 PER 30 DAYS)
dutasteride	1	QL (30 PER 30 DAYS)
dutasteride-tamsulosin	1	QL (30 PER 30 DAYS)
finasteride 5 mg tablet	1	QL (30 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
FLOMAX	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PROSCAR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RAPAFLO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
silodosin	1	QL (30 PER 30 DAYS)
tadalafil (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
tamsulosin hcl	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Contraceptives, Other		
LILETTA	1	
NEXPLANON	1	
SKYLA	1	
Genitourinary Agents, Other		
bethanechol chloride	1	
DEPEN	1	
penicillamine 250 mg tablet	1	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Adrenal)		
ACTHAR	1	PA
ACTHAR SELFJECT	1	PA
CORTEF	1	
dexamethasone	1	
fludrocortisone acetate	1	
HEMADY	1	
hidex	1	
hydrocortisone (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	
MEDROL (4 MG DOSEPAK, 4 MG TABLET, 8 MG TABLET, 16 MG TABLET)	1	
methylprednisolone	1	
prednisolone (15 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml syrup, 15mg/5ml soln cup)	1	

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
prednisolone sodium phosphate (5 mg/5 ml soln, sod ph 25 mg/5 ml)	1	
prednisone	1	
taperdex 6 day 1.5 mg tablet	1	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Pituitary)		
CHORIONIC GONADOTROPIN	1	PA
DDAVP (0.1 MG TABLET, 0.2 MG TABLET)	1	
desmopressin acetate (0.01% solution, 0.01% spray, ac 4 mcg/ml ampul, ac 4 mcg/ml vial, acetate 0.1 mg tb, acetate 0.2 mg tb, 10 mcg/0.1 ml spr, 40 mcg/10 ml vial)	1	
INCRELEX	1	
OMNITROPE	1	PA
PREGNYL	1	PA
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Sex Hormones/ Modifiers)		
Androgens		
ANDROGEL 1.62% PUMP	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
danazol	1	PA
DEPO-TESTOSTERONE	1	PA
methyltestosterone	1	PA
testosterone (1% (50 mg/5 g) pk, 12.5 mg/1.25 gram, 50 mg/5 gram gel, 50 mg/5 gram pkt)	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
testosterone (1.62% (2.5 g) pkt, 1.62% gel pump)	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
testosterone 1% (25mg/2.5g) pk	1	PA, QL (225 PER 30 DAYS)
testosterone 1.62%(1.25 g) pkt	1	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
testosterone 30 mg/1.5 ml pump	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
testosterone cypionate	1	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
testosterone enanthate	1	PA
Estrogens		
conjugated estrogens	1	
DEPO-ESTRADIOL	1	
DIVIGEL	1	
dotti	1	
ESTRACE 0.01% CREAM	1	
estradiol (0.01% cream, 0.1% (0.25mg) gel pk, 0.1% (0.5mg) gel pkt, 0.1% (0.75mg) gel pk, 0.1% (1 mg) gel pkt, 0.1% (1.25mg) gel pk, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 10 mcg vaginal insrt)	1	
estradiol (once weekly)	1	
estradiol (twice weekly)	1	
estradiol valerate	1	
ESTRING	1	
lyllana	1	
MENEST	1	
PREMARIN (0.3 MG TABLET, 0.45 MG TABLET, 0.625 MG TABLET, 0.9 MG TABLET, 1.25 MG TABLET, VAGINAL CREAM-APPL)	1	
VAGIFEM	1	
yuvafem	1	
abigale	1	
abigale lo	1	
afirmelle	1	
altavera	1	
alyacen	1	
amabelz	1	
amethia	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
amethyst	1	
apri	1	
aranelle	1	
ashlyna	1	
aubra	1	
aubra eq	1	
aurovela	1	
aurovela 24 fe	1	
aurovela fe	1	
aviane	1	
ayuna	1	
azurette	1	
balziva	1	
blisovi 24 fe	1	
blisovi fe	1	
briellyn	1	
camrese	1	
camrese lo	1	
chateal	1	
chateal eq	1	
COMBIPATCH	1	
cryselle	1	
cyred	1	
cyred eq	1	
dasetta	1	
daysee	1	
desogestr-eth estrad eth estra	1	
desogestrel-ethinyl estradiol	1	
dolishale	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
drospirenone-eth estra-levomef	1	
drospirenone-ethinyl estradiol	1	
elinest	1	
eluryng	1	
enilloring	1	
enpresse	1	
enskyce	1	
estarylla	1	
estradiol-norethindrone acetat	1	
ethynodiol-ethinyl estradiol	1	
etonogestrel-ethinyl estradiol	1	
falmina	1	
feirza	1	
femynor	1	
fyavolv 1 mg-5 mcg tablet	1	
galbriela	1	
gemmily	1	
hailey	1	
hailey 24 fe	1	
hailey fe	1	
haloette	1	
iclevia	1	
introvale	1	
isibloom	1	
jaimiess	1	
jasmiel	1	
jinteli	1	
jolessa	1	
juleber	1	

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
junel	1	
junel fe	1	
junel fe 24	1	
kaitlib fe	1	
kalliga	1	
kariva	1	
kelnor 1-35	1	
kelnor 1-50	1	
kurvelo	1	
larin	1	
larin 24 fe	1	
larin fe	1	
LAYOLIS FE	1	
leena	1	
lessina	1	
levonest	1	
levonorg-eth estrad eth estrad (levono-e 0.15-0.03-0.01, levonor-e 0.1-0.02-0.01)	1	
levonorgestrel-eth estradiol	1	
levora-28	1	
lo-zumandimine	1	
LOESTRIN	1	
LOESTRIN FE	1	
lojaimiess	1	
loryna	1	
low-ogestrel	1	
luizza	1	
lutera	1	
marlissa	1	

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
merzee	1	
microgestin	1	
microgestin 24 fe	1	
microgestin fe	1	
mili	1	
mimvey	1	
mono-linyah	1	
necon	1	
nikki	1	
norelgestromin-eth estradiol	1	
norethin-eth estra-ferrous fum	1	
norethindron-ethinyl estradiol (norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb, norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg, norethind-eth estrad 1-0.02 mg)	1	
norethindrone-e.estradiol-iron (1 mg/20-30-35 mcg, 1-0.02(21)-75 tab, 1-0.02(24)-75 cap, 1.5-0.03mg(21)-75)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol	1	
nortrel	1	
NUVARING	1	
nylia	1	
nymyo	1	
ocella	1	
philith	1	
pimtrea	1	
portia	1	
PREMPHASE	1	
PREMPRO	1	
reclipsen	1	
setlakin	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
simliya	1	
simpesse	1	
sprintec	1	
sronyx	1	
syeda	1	
tarina 24 fe	1	
tarina fe	1	
tarina fe 1-20 eq	1	
taysofy	1	
tilia fe	1	
tri-estarylla	1	
tri-legest fe	1	
tri-linyah	1	
tri-lo-estarylla	1	
tri-lo-marzia	1	
tri-lo-mili	1	
tri-lo-sprintec	1	
tri-mili	1	
tri-nymyo	1	
tri-sprintec	1	
tri-vylibra	1	
tri-vylibra lo	1	
trivora-28	1	
turqoz	1	
TYBLUME	1	
tydemy	1	
valtya	1	
velivet	1	
vestura	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
vienva	1	
viorele	1	
volnea	1	
vyfemla	1	
vylibra	1	
wera	1	
wymzya fe	1	
xarah fe	1	
xelria fe	1	
xulane	1	
YASMIN 28	1	
YAZ	1	
zafemy	1	
zovia 1-35	1	
zumandimine	1	
Progestins		
camila	1	
deblitane	1	
DEPO-PROVERA	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	1	
emzahh	1	
errin	1	
gallifrey	1	
heather	1	
incassia	1	
jencycla	1	
lyleq	1	
lyza	1	
medroxyprogesterone acetate	1	

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
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)	1	
meleya	1	
nora-be (nora-be, nora-be)	1	
norethindrone	1	
norethindrone ac (lupaneta)	1	
norethindrone acetate	1	
orquidea	1	
progesterone (100 mg capsule, 200 mg capsule)	1	
PROVERA	1	
sharobel	1	
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents		
DUAVEE	1	
EVISTA	1	
raloxifene hcl	1	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Thyroid)		
CYTOMEL	1	
EUTHYROX	1	
LEVO-T	1	
levothyroxine sodium (25 mcg tablet, 50 mcg tablet, 75 mcg tablet, 88 mcg tablet, 100 mcg tablet, 112 mcg tablet, 125 mcg tablet, 137 mcg tablet, 150 mcg tablet, 175 mcg tablet, 200 mcg tablet, 300 mcg tablet)	1	
LEVOXYL	1	
liomny	1	
liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)	1	

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
SYNTHROID	1	
TIROSINT	1	
TIROSINT-SOL	1	
UNITHROID	1	
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
cabergoline	1	
ELIGARD	1	PA
FIRMAGON	1	
KORLYM	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
leuprolide acetate	1	PA
leuprolide depot	1	PA
LUPRON DEPOT (DEPOT 3.75 MG KIT, DEPOT-4 MONTH KIT, DEPOT 7.5 MG KIT)	1	PA
LUPRON DEPOT (LUPANETA) 3.75MG	1	PA
LUPRON DEPOT-PED (7.5 MG KIT, 11.25 MG 3MO, 45 MG 6MO KIT)	1	PA
mifepristone 300 mg tablet	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
octreotide acetate	1	PA
octreotide acetate er	1	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT	1	PA
SIGNIFOR	1	PA
SIGNIFOR LAR	1	PA
SOMATULINE DEPOT	1	PA
SOMAVERT	1	PA
SYNAREL	1	
TRELSTAR	1	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)		
Antithyroid Agents		
methimazole	1	
propylthiouracil	1	
Immunological Agents		
Angioedema Agents		
CINRYZE	1	PA, QL (20 PER 30 DAYS)
FIRAZYR	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
HAEGARDA 2,000 UNIT VIAL	1	PA, QL (27 PER 28 DAYS)
HAEGARDA 3,000 UNIT VIAL	1	PA, QL (18 PER 28 DAYS)
icatibant	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
sajazir	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
Immunoglobulins		
ATGAM	1	PA
GAMMAGARD LIQUID	1	PA
GAMMAGARD S-D	1	PA
GAMMAPLEX	1	PA
GAMUNEX-C	1	PA
THYMOGLOBULIN	1	PA
Immunological Agents, Other		
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	1	PA
ACTEMRA ACTPEN	1	PA
ARCALYST	1	PA
BENLYSTA (200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE)	1	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
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
STEQEYMA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 90 MG/ML SYRINGE)	1	PA
TREMFYA (100 MG/ML SYRINGE, 200 MG/2 ML SYRINGE)	1	PA
TREMFYA ONE-PRESS	1	PA
TREMFYA PEN 200 MG/2 ML	1	PA
TREMFYA PEN INDUCTION (2 PEN)	1	PA
TYENNE 162 MG/0.9 ML SYRINGE	1	PA
TYENNE AUTOINJECTOR	1	PA
XOLAIR	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
Immunostimulants		
ACTIMMUNE	1	PA
BESREMI	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
PEGASYS	1	PA
Immunosuppressants		
ASTAGRAF XL	1	PA
AZASAN	1	PA
azathioprine	1	PA
CELLCEPT (200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	1	PA
cyclosporine (25 mg capsule, 100 mg capsule)	1	PA
cyclosporine modified	1	PA
ENBREL (25 MG/0.5 ML SYRINGE, 25 MG/0.5 ML VIAL, 50 MG/ML SYRINGE)	1	PA
ENBREL MINI	1	PA
ENBREL SURECLICK	1	PA
ENVARSUS XR	1	PA
everolimus (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet)	1	PA
gengraf	1	PA
HADLIMA	1	PA
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

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
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
leflunomide	1	
methotrexate	1	
methotrexate sodium	1	
mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet)	1	PA
mycophenolic acid	1	PA
MYFORTIC 180 MG TABLET	1	PA
MYHIBBIN	1	PA
NEORAL	1	PA
PROGRAF (0.2 MG GRANULE PACKET, 0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 1 MG GRANULE PACKET, 5 MG CAPSULE)	1	PA
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)	1	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR	1	PA
sirolimus	1	PA
tacrolimus (0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule (ir), 5 mg capsule (ir))	1	PA
XATMEP	1	PA
ZORTRESS	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5 ML SYRNG	1	PA
HIBERIX	1	
IMOVAX RABIES VACCINE	1	PA
INFANRIX DTAP	1	
IPOL	1	
IXIARO	1	
JYNNEOS	1	PA
JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE)	1	PA
KINRIX	1	
M-M-R II VACCINE	1	

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
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	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y	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)
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	
VIMKUNYA	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
VIVOTIF	1	
YF-VAX	1	
Inflammatory Bowel Disease Agents		
Aminosalicylates		
APRISO	1	QL (120 PER 30 DAYS)
AZULFIDINE	1	
balsalazide disodium	1	
CANASA	1	
COLAZAL	1	
DELZICOL	1	QL (180 PER 30 DAYS)
DIPENTUM	1	
LIALDA	1	QL (120 PER 30 DAYS)
mesalamine (4 gm/60 ml enema, 4 gm/60 ml kit, 1,000 mg supp)	1	
mesalamine 800 mg dr tablet	1	QL (180 PER 30 DAYS)
mesalamine dr	1	QL (180 PER 30 DAYS)
mesalamine dr 1.2 gm tablet	1	QL (120 PER 30 DAYS)
mesalamine er 0.375 gram cap	1	QL (120 PER 30 DAYS)
mesalamine er 500 mg capsule	1	QL (240 PER 30 DAYS)
PENTASA 250 MG CAPSULE	1	QL (480 PER 30 DAYS)
PENTASA 500 MG CAPSULE	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ROWASA 4 GM/60 ML ENEMA KIT	1	
SFROWASA	1	
sulfasalazine	1	
sulfasalazine dr	1	
Glucocorticoids		
budesonide dr	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
budesonide ec	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
budesonide er	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
hydrocortisone 100 mg/60 ml	1	
hydrocortisone 2.5% cream	1	QL (454 PER 30 DAYS)
procto-med hc	1	QL (454 PER 30 DAYS)
proctosol-hc	1	QL (454 PER 30 DAYS)
proctozone-hc	1	QL (454 PER 30 DAYS)

Metabolic Bone Disease Agents

alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)	1	QL (4 PER 28 DAYS)
alendronate sodium 10 mg tab	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ATELVIA	1	QL (4 PER 28 DAYS)
BONSITY	1	PA
calcitonin-salmon 200 unit spr	1	
calcitriol (0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml solution)	1	
cinacalcet hcl	1	PA
FORTEO	1	PA
FOSAMAX	1	QL (4 PER 28 DAYS)
ibandronate sodium 150 mg tab	1	QL (1 PER 28 DAYS)
JUBBONTI	1	PA
paricalcitol (1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 4 mcg capsule)	1	
PROLIA	1	PA
risedronate sodium (5 mg tablet, 30 mg tab)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
risedronate sodium 150 mg tab	1	QL (1 PER 28 DAYS)
risedronate sodium 35 mg tab	1	QL (4 PER 28 DAYS)
risedronate sodium dr	1	QL (4 PER 28 DAYS)
ROCALTROL	1	
SENSIPAR	1	PA

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
teriparatide (teriparatide, teriparatide)	1	PA
TYMLOS	1	PA
WYOST	1	PA
XGEVA	1	PA
Ophthalmic Agents		
Ophthalmic Agents, Other		
atropine sulfate (1% drop, 1% drops)	1	
brimonidine tartrate-timolol	1	
COMBIGAN	1	
COSOPT	1	
CYSTADROPS	1	PA
CYSTARAN	1	PA
dorzolamide-timolol eye drops	1	
MAXITROL EYE OINTMENT	1	
MIEBO	1	PA, QL (12 PER 30 DAYS)
neo-polycin hc	1	
neomycin-bacitracin-poly-hc	1	
neomycin-polymyxin-dexameth	1	
RESTASIS	1	QL (60 PER 30 DAYS)
RESTASIS MULTIDOSE	1	QL (11 PER 30 DAYS)
sulfacetamide-prednisolone	1	
TOBRADEX	1	
tobramycin-dexamethasone	1	
XDEMVY	1	PA
XIIDRA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
Ophthalmic Anti-Infectives		
bacitracin 500 unit/gm ophth	1	
bacitracin-polymyxin	1	

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

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
diclofenac sodium 0.1% eye drops	1	
difluprednate	1	
DUREZOL	1	
EYSUVIS	1	PA
fluorometholone	1	
flurbiprofen sodium	1	
FML	1	
ILEVRO	1	
INVELTYS	1	
ketorolac tromethamine (0.4%, 0.5%)	1	
PRED FORTE	1	
PRED MILD	1	
prednisolone acetate	1	
prednisolone sodium phosphate 1% eye drop	1	
PROLENSA	1	
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
betaxolol hcl 0.5% eye drop	1	
BETOPTIC S	1	
carteolol hcl	1	
ISTALOL	1	
levobunolol hcl	1	
timolol maleate (0.25% gel-solution, maleate 0.25% eye drop, 0.5% eye drop, 0.5% gel-solution, 0.5% gfs gel-solution, maleate 0.5% eye drop, maleate 0.5% eye drops)	1	
TIMOPTIC	1	
TIMOPTIC OCUDOSE	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
ALPHAGAN P	1	
AZOPT	1	
brimonidine tartrate (tartrate 0.1% drop, tartrate 0.15% drp, 0.2% eye drop)	1	
brinzolamide	1	
dorzolamide hcl	1	
pilocarpine hcl (1% drops, 2% drops, 4% drops)	1	
RHOPRESSA	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
ROCKLATAN	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
SIMBRINZA	1	
Ophthalmic Prostaglandin and Prostamide Analogs		
bimatoprost 0.03% eye drops	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
latanoprost 0.005% eye drops	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
LUMIGAN	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
TRAVATAN Z	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
travoprost	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
Otic Agents		
acetic acid 2% ear solution	1	
CIPRODEX	1	
ciprofloxacin-dexamethasone	1	
flac otic oil	1	
fluocinolone acetonide oil	1	
hydrocortisone-acetic acid	1	
neomycin-polymyxin-hc ear susp	1	
neomycin-polymyxin-hydrocort	1	
ofloxacin 0.3% ear drops	1	

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
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)
budesonide (0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml inh)	1	PA
flunisolide	1	QL (75 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate 50 mcg spray	1	QL (16 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate hfa 110 mcg	1	QL (12 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate hfa 220 mcg	1	QL (24 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate hfa 44 mcg	1	QL (10.6 PER 30 DAYS)
mometasone furoate 50 mcg spry	1	QL (34 PER 30 DAYS)
QVAR REDIHALER 40 MCG	1	QL (10.6 PER 30 DAYS)
QVAR REDIHALER 80 MCG	1	QL (21.2 PER 30 DAYS)
XHANCE	1	QL (32 PER 30 DAYS)
Antihistamines		
azelastine hcl 0.1% (137 mcg) spry	1	QL (60 PER 30 DAYS)
cetirizine hcl (1 mg/ml soln, 1 mg/ml syrup)	1	
clemastine fumarate 2.68 mg tablet	1	PA
cyproheptadine hcl	1	PA
desloratadine 5 mg tablet	1	
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tablet	1	
olopatadine hcl 665 mcg nasal spry	1	QL (30.5 PER 30 DAYS)
Antileukotrienes		
ACCOLATE	1	
montelukast sodium	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SINGULAIR	1	
zafirlukast	1	
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT HFA	1	QL (25.8 PER 30 DAYS)
INCRUSE ELLIPTA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.02% soln	1	PA
ipratropium bromide 0.03% spray	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.06% spray	1	QL (45 PER 30 DAYS)
SPIRIVA HANDIHALER	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT	1	QL (4 PER 30 DAYS)
tiotropium bromide	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proair hfa)	1	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proventil hfa)	1	QL (13.4 PER 30 DAYS)
albuterol sulfate (2 mg/5 ml syrup cup, sulf 2 mg/5 ml syrup, sulfate 2 mg tab, sulfate 4 mg tab, 8 mg/20 ml syrup cup)	1	
albuterol sulfate (sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, 2.5 mg/0.5 ml sol, sul 2.5 mg/3 ml soln, 5 mg/ml solution, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln)	1	PA
epinephrine (0.15 mg auto-injct, 0.3 mg auto-inject)	1	
levalbuterol tartrate hfa	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PROAIR RESPICLICK	1	QL (2 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS	1	QL (60 PER 30 DAYS)
terbutaline sulfate (2.5 mg tab, 5 mg tab)	1	
VENTOLIN HFA	1	QL (36 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
XOPENEX HFA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Cystic Fibrosis Agents		
CAYSTON	1	PA
KALYDECO	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ORKAMBI (100 MG TABLET, 200 MG TABLET)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ORKAMBI (75-94 MG GRANULE PKT, 100-125 MG GRANULE PKT, 150-188 MG GRANULE PKT)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
PULMOZYME	1	PA
tobramycin 300 mg/5 ml ampule	1	PA
TRIKAFTA (50-25-37.5 MG/75 MG, 100-50-75 MG/150 MG)	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
TRIKAFTA (80-40-60MG/59.5MG PKT, 100-50-75 MG/75MG PKT)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
Mast Cell Stabilizers		
cromolyn sodium 20 mg/2 ml neb soln	1	PA
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
DALIRESP	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
roflumilast	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
THEO-24	1	
theophylline anhydrous (er 300 mg tab, er 450 mg tab)	1	
theophylline er (er 300 mg tablet, er 400 mg tablet, er 450 mg tablet, er 600 mg tablet)	1	
Pulmonary Antihypertensives		
ADCIRCA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ADEMPAS	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ambrisentan	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
bosentan (62.5 mg tablet, 125 mg tablet)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
bosentan 32 mg tablet for susp	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
LETAIRIS	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OPSUMIT	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
sildenafil citrate 20 mg tablet	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
tadalafil 20 mg tablet	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TRACLEER (62.5 MG TABLET, 125 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
VENTAVIS	1	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)
pirfenidone (267 mg capsule, 267 mg tablet)	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
pirfenidone 801 mg tablet	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Respiratory Tract Agents, Other		
acetylcysteine (10% vial, 20% vial)	1	PA
ADVAIR HFA	1	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
breyna	1	QL (30.9 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE	1	QL (10.7 PER 30 DAYS)
budesonide-formoterol fumarate	1	QL (30.9 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT	1	QL (8 PER 30 DAYS)
DULERA	1	QL (39 PER 30 DAYS)
FASENRA	1	PA
FASENRA 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
fluticasone-salmeterol (100, 250, 500)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
fluticasone-salmeterol (55, 113, 232)	1	QL (1 PER 30 DAYS)
ipratropium-albuterol	1	PA
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)
wixela inhub	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Skeletal Muscle Relaxants		
carisoprodol 350 mg tablet	1	
chlorzoxazone 500 mg tablet	1	
cyclobenzaprine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	
methocarbamol (500 mg tablet, 750 mg tablet)	1	
vanadom	1	
Sleep Disorder Agents		
Sleep Promoting Agents		
BELSOMRA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAYVIGO	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
doxepin hcl (3 mg tablet, 6 mg tablet)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
eszopiclone	1	QL (30 PER 30 DAYS)
HETLIOZ	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ramelteon	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ROZEREM	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SILENOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
tasimelteon	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
temazepam (15 mg capsule, 30 mg capsule)	1	QL (30 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
zaleplon 10 mg capsule	1	QL (60 PER 30 DAYS)
zaleplon 5 mg capsule	1	QL (30 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate er	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Wakefulness Promoting Agents		
armodafinil	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LUMRYZ	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LUMRYZ STARTER PACK	1	PA, QL (28 PER 28 DAYS)
modafinil	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
NUVIGIL	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
sodium oxybate	1	PA, QL (540 PER 30 DAYS)

Índice de medicamentos

A

abacavir....55
abacavir-lamivudine....55
abigale....99
abigale lo....99
ABILIFY....49
ABILIFY ASIMTUFII....49
ABILIFY MAINTENA....49
abiraterone acetate....36
abirtega....36
ABRYSVO....112
acamprosate calcium....14
acarbose....61
ACCOLATE....120
accutane....84
acebutolol hcl....73
acetaminophen-codeine....12
acetazolamide....75
acetazolamide er....75
acetic acid....119
acetylcysteine....123
acitretin....84
ACTEMRA....108
ACTEMRA ACTPEN....108
ACTHAR....97
ACTHAR SELFJECT....97
ACTHIB....112
ACTIMMUNE....110
ACTOS....61
ACULAR....117
ACULAR LS....117
acyclovir....59
acyclovir sodium....59
ADACEL TDAP....112
ADCIRCA....122
ADDERALL XR....81
adefovir dipivoxil....58
ADEMPAS....122
ADLARITY....26
ADVAIR HFA....123
AFINITOR....38
AFINITOR DISPERZ....38
afirmelle....99
AGRYLIN....69
AIMOVIG AUTOINJECTOR....34
AKEEGA....38
ALA-CORT....85
albendazole....46
ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic ProAir HFA)....121
ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic Proventil HFA)....121
albuterol sulfate....121
alclometasone dipropionate....85
ALDACTONE....80
ALECENSA....39
alendronate sodium....115
alfuzosin hcl er....96
aliskiren....75
allopurinol....33
alosetron hcl....92
ALPHAGAN P....119
alprazolam....59
alprazolam er....59,60
alprazolam xr....60
ALTACE....72
altavera....99
ALUNBRIG....39
alyacen....99
amabelz....99
amantadine....47
AMBISOME....32
ambrisentan....122
amethia....99
amethyst....100
amikacin sulfate....15
amiloride hcl....78
amiloride-hydrochlorothiazide....75
amiodarone hcl....72
amitriptyline hcl....31
amlodipine besylate....74

amlodipine besylate-benazepril....75
amlodipine-atorvastatin....75
amlodipine-olmesartan....75
amlodipine-valsartan....75
amlodipine-valsartan-hctz....75
ammonium lactate....85
amnesteem....84
amoxapine....31
amoxicillin....18
amoxicillin-clavulanate pot er....19
amoxicillin-clavulanate potass....19
amphotericin b....32
amphotericin b liposome....32
ampicillin sodium....19
ampicillin trihydrate....19
ampicillin-sulbactam....19
AMPYRA....83
anagrelide hcl....69
anastrozole....38
ANDROGEL....98
ANORO ELLIPTA....123
APOKYN....47
apomorphine hcl....47
aprepitant....32
apri....100
APRISO....114
APTIOM....25
APTIVUS....57
aqua care sodium chloride....89
aranelle....100
ARANESP....69
ARCALYST....108
AREXVY....112
ARICEPT....26
ARIKAYCE....15
ARIMIDEX....38
aripiprazole....49
aripiprazole odt....49
ARISTADA....49
ARISTADA INITIO....49
armodafinil....125
ARNUITY ELLIPTA....120
AROMASIN....38
ARTHROTEC 50....10
ARTHROTEC 75....10
asenapine maleate....49
ashlyna....100
ASMANEX....120
ASMANEX HFA....120
aspirin-dipyridamole er....70
ASTAGRAF XL....110
ATACAND....71
ATACAND HCT....75
atazanavir sulfate....57
ATELVIA....115
atenolol....73
atenolol-chlorthalidone....75
ATGAM....108
atomoxetine hcl....82
atorvastatin calcium....78
atovaquone....46
atovaquone-proguanil hcl....46
atropine sulfate....116
ATROVENT HFA....121
aubra....100
aubra eq....100
AUGTYRO....39
aurovela....100
aurovela 24 fe....100
aurovela fe....100
AUSTEDO....82
AUSTEDO XR....82
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)....82,83
autoshield duo pen needle....65
AUVELITY....27
AVALIDE....75
AVAPRO....71
aviane....100
avidoxy....21
AVITA....84
AVMAPKI-FAKZYNJA....37

AVODART . . . 96
AVONEX . . . 83
AVONEX (4 PACK) . . . 83
AVONEX PEN (4 PACK) . . . 83
ayuna . . . 100
AYVAKIT . . . 39
AZACTAM . . . 16
AZASAN . . . 110
azathioprine . . . 110
azelaic acid . . . 84
azelastine hcl . . . 117,120
AZELEX . . . 84
AZILECT . . . 48
azithromycin . . . 20
AZOPT . . . 119
AZOR . . . 75
aztreonam . . . 16
AZULFIDINE . . . 114
azurette . . . 100

B

bacitracin . . . 116
bacitracin-polymyxin . . . 116
baclofen . . . 54
BACTRIM . . . 21
BACTRIM DS . . . 21
balsalazide disodium . . . 114
BALVERSA . . . 39
balziva . . . 100
BANZEL . . . 25
BAQSIMI . . . 64
BARACLUDE . . . 58
BCG VACCINE (TICE STRAIN) . . . 112
BELBUCA . . . 12
BELSOMRA . . . 124
benazepril hcl . . . 72
benazepril-hydrochlorothiazide . . . 75
BENICAR . . . 71
BENICAR HCT . . . 75
BENLYSTA . . . 108
BENZAMYCIN . . . 84
benznidazole . . . 46
benztropine mesylate . . . 47
BESIVANCE . . . 117
BESREMI . . . 110
betaine anhydrous . . . 94
betamethasone diprop augmented . . . 85
betamethasone dipropionate . . . 86
betamethasone valerate . . . 86
BETASERON . . . 83
betaxolol hcl . . . 73,118
bethanechol chloride . . . 97
BETOPTIC S . . . 118
bexarotene . . . 46
BEXSERO . . . 112
bicalutamide . . . 36
BICILLIN L-A . . . 19
BIKTARVY . . . 54
BILTRICIDE . . . 46
bimatoprost . . . 119
bismuth-metronidazole-tetracyc . . . 92
bisoprolol fumarate . . . 73
bisoprolol-hydrochlorothiazide . . . 75
blisovi 24 fe . . . 100
blisovi fe . . . 100
BONSITY . . . 115
BOOSTRIX TDAP . . . 112
bosentan . . . 122,123
BOSULIF . . . 39
BRAFTOVI . . . 39
BREO ELLIPTA . . . 123
breyna . . . 123
BREZTRI AEROSPHERE . . . 123
briellyn . . . 100
BRILINTA . . . 70
brimonidine tartrate . . . 119
brimonidine tartrate-timolol . . . 116
brinzolamide . . . 119
BRIVIACT . . . 22
bromfenac sodium . . . 117
bromocriptine mesylate . . . 47
BRUKINSA . . . 39

budesonide....120
budesonide dr....114
budesonide ec....114
budesonide er....115
budesonide-formoterol fumarate....123
bumetanide....77
BUPHENYL....94
buprenorphine....12
buprenorphine hcl....14
buprenorphine-naloxone....15
bupropion hcl....27
bupropion hcl sr....15,27
bupropion hcl sr 150mg tablet....27
bupropion xl....27
buspirone hcl....60
butalbital-acetaminophen....10
butalbital-acetaminophen-caffe....10
butalbital-aspirin-caffeine....10
butorphanol tartrate....13
BUTRANS....12
BYDUREON BCISE....61
BYSTOLIC....73

C

cabergoline....107
CABLIVI....70
CABOMETYX....39
calcipotriene....87
calcitonin-salmon....115
calcitrene....87
calcitriol....115
CALQUENCE....39
camila....105
camrese....100
camrese lo....100
CANASA....114
CANCIDAS....32
candesartan cilexetil....71
candesartan-hydrochlorothiazid....75
CAPLYTA....49
CAPRELSA....39
captopril....72
CARAFATE....93
CARBAGLU....89
carbamazepine....25
carbamazepine er....25
CARBATROL....25
carbidopa....48
carbidopa-levodopa....48
carbidopa-levodopa er....48
carbidopa-levodopa-entacapone....47
CARDIZEM....74
CARDIZEM CD....74
CARDIZEM LA....74
CARDURA....70
carglumic acid....89
carisoprodol....124
CARNITOR....94
CARNITOR SF....94
carteolol hcl....118
cartia xt....74
carvedilol....73
carvedilol er....73
CASODEX....36
caspofungin acetate....32
CAYSTON....122
cefaclor....18
cefadroxil....18
cefazolin sodium....18
cefazolin sodium-dextrose....18
cefdinir....18
cefepime....18
cefepime hcl....18
cefepime-dextrose....18
cefixime....18
cefoxitin....18
cefoxitin sodium....18
cefpodoxime proxetil....18
cefprozil....18
ceftazidime....18
ceftriaxone....18
cefuroxime....18

cefuroxime sodium....18
CELEBREX....10
celecoxib....10
CELEXA....28
CELLCEPT....110
CELONTIN....23
cephalexin....18
CEREZYME....94
cetirizine hcl....120
cevimeline hcl....84
chateal....100
chateal eq....100
CHEMET....90
chenodal....92
chlordiazepoxide hcl....60
chlorhexidine gluconate....84
chloroquine phosphate....46
chlorpromazine hcl....31
chlorthalidone....78
chlorzoxazone....124
cholestyramine....79
cholestyramine light....79
CHORIONIC GONADOTROPIN....98
ciclodan....32
ciclopirox....32
cilostazol....70
CIMDUO....55
cimetidine....93
cinacalcet hcl....115
CINRYZE....108
CIPRO....20
CIPRODEX....119
ciprofloxacin hcl....21,117
ciprofloxacin-d5w....21
ciprofloxacin-dexamethasone....119
citalopram hbr....28
claravis....85
clarithromycin....20
clarithromycin er....20
clemastine fumarate....120
CLEOCIN....16
CLEOCIN HCL....16
CLEOCIN PHOSPHATE....16
CLEOCIN T....16
clindacin etz....16
clindacin p....16
clindamycin (pediatric)....16
clindamycin hcl....16
clindamycin phos-benzoyl perox....85
clindamycin phosphate....16
clindamycin phosphate-d5w....16
clindamycin-0.9% nacl....16
clindamycin-benzoyl peroxide....85
clobazam....23
clobetasol emollient....86
clobetasol propionate....86
clodan....86
clomipramine hcl....31
clonazepam....60
clonidine....70
clonidine hcl....70
clonidine hcl er....82
clopidogrel....70
clorazepate dipotassium....60
clotrimazole....32
clotrimazole-betamethasone....87
clozapine....53
clozapine odt....53
CLOZARIL....53
COARTEM....46
COBENFY....53
COBENFY STARTER PACK....53
codeine sulfate....13
COLAZAL....114
colchicine....33
COLCRYS....33
COLESTID....79
colestipol hcl....79
colistimethate....16
COMBIGAN....116
COMBIPATCH....100
COMBIVENT RESPIMAT....123

COMETRIQ....39
COMPLERA....55
compro....31
COMTAN....47
conjugated estrogens....99
constulose....91
COPAXONE....83
COPIKTRA....39
COREG CR....73
CORLANOR....76
CORTEF....97
COSENTYX (2 SYRINGES)....109
COSENTYX SENSOREADY (2 PENS)....109
COSENTYX SENSOREADY PEN....109
COSENTYX SYRINGE....109
COSENTYX UNOREADY PEN....109
COSOPT....116
COTELLIC....39
COZAAR....71
CREON....94
CRESEMBA....32
CRESTOR....78
cromolyn sodium....94,117,122
cryselle....100
CRYSVITA....94
CUBICIN....16
CUBICIN RF....17
cyclobenzaprine hcl....124
cyclophosphamide....36
cycloserine....35
CYCLOSET....61
cyclosporine....110
cyclosporine modified....110
CYMBALTA....28
cyproheptadine hcl....120
cyred....100
cyred eq....100
CYSTADANE....94
CYSTADROPS....116
CYSTAGON....94
CYSTARAN....116
CYTOMEL....106
CYTOTEC....93

D

dabigatran etexilate....67
dalfampridine er....83
DALIRESP....122
DALVANCE....17
danazol....98
DANTRIUM....54
dantrolene sodium....54
DANZITEN....39
dapsone....35
DAPTACEL DTAP....112
daptomycin....17
DARAPRIM....46
darifenacin er....96
darunavir....57
dasatinib....40
dasetta....100
DAURISMO....40
DAYPRO....10
daysee....100
DAYVIGO....124
DDAVP....98
deblitane....105
deferasirox....90
DELSTRIGO....54
DELZICOL....114
demeclocycline hcl....21
DEMSER....76
DENGVAXIA....112
DEPAKOTE....22
DEPAKOTE ER....22
DEPAKOTE SPRINKLE....22
DEPEN....97
DEPO-ESTRADIOL....99
DEPO-PROVERA....105
DEPO-SUBQ PROVERA 104....105
DEPO-TESTOSTERONE....98
dermacinrx lidocan....14

DESCOVY....55
desipramine hcl....31
desloratadine....120
desmopressin acetate....98
desogestr-eth estrad eth estra....100
desogestrel-ethinyl estradiol....100
desonide....86
desoximetasone....86
desvenlafaxine succinate er....28
DETROL....96
DETROL LA....96
dexamethasone....97
dexamethasone sodium phosphate....117
DEXEDRINE....81
dexmethylphenidate hcl....82
dextroamphetamine sulfate....81
dextroamphetamine sulfate er....81
dextroamphetamine-amphet er....81
dextroamphetamine-amphetamine....81
dextrose 2.5%-0.45% nacl....89
dextrose 5%-0.2% nacl....89
dextrose 5%-0.225% nacl....89
dextrose 5%-0.45% nacl....89
dextrose 5%-0.9% nacl....89
dextrose in water....91
DIACOMIT....22
diazepam....23,60
diazoxide....64
diclofenac potassium....10
diclofenac sodium....10,87,118
diclofenac sodium er....10
diclofenac sodium-misoprostol....11
dicloxacillin sodium....19
dicyclomine hcl....92
DIFICID....20
DIFLUCAN....32
difluprednate....118
digitek....76
digoxin....76
dihydroergotamine mesylate....34
dilantin....25
DILANTIN-125....25
dilt-xr....74
diltiazem 12hr er....74
diltiazem 24hr er....74
diltiazem 24hr er (cd)....74
diltiazem 24hr er (la)....74
diltiazem 24hr er (xr)....74
diltiazem hcl....74
dimethyl fumarate....83
DIOVAN....71
DIOVAN HCT....76
DIPENTUM....114
diphenoxylate-atropine....92
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED....112
DIPROLENE....86
dipyridamole....70
disulfiram....14
divalproex sodium....22
divalproex sodium er....22
DIVIGEL....99
dofetilide....72
dolishale....100
donepezil hcl....26
donepezil hcl odt....26
dorzolamide hcl....119
dorzolamide-timolol....116
dotti....99
DOVATO....54
doxazosin mesylate....70
doxepin hcl....31,86,124
doxy 100....21
doxycycline hyclate....21
doxycycline ir-dr....85
doxycycline monohydrate....21
DRIZALMA SPRINKLE....28
dronabinol....32
droplet insulin syringe....65
droplet micron pen needle....65
droplet pen needle....65
drospirenone-eth estra-levomef....101

drospirenone-ethinyl estradiol . . . 101
droxidopa . . . 70
DUAVEE . . . 106
DULERA . . . 123
duloxetine hcl . . . 28
DUPIXENT PEN . . . 109
DUPIXENT SYRINGE . . . 109
DUREZOL . . . 118
dutasteride . . . 96
dutasteride-tamsulosin . . . 96

E

E.E.S. 200 . . . 20
easy comfort insulin syringe . . . 65
easy comfort pen needle . . . 65
ec-naproxen . . . 11
econazole nitrate . . . 32
EDARBI . . . 71
EDARBYCLOR . . . 76
EDURANT . . . 54
EDURANT PED . . . 54
efavirenz . . . 54
efavirenz-emtric-tenofov disop . . . 54
efavirenz-lamivu-tenofov disop . . . 55
EFFEXOR XR . . . 28
EFUDEX . . . 87
ELELYSO . . . 94
ELIDEL . . . 86
ELIGARD . . . 107
elinest . . . 101
ELIQUIS . . . 67,68
ELIQUIS SPRINKLE . . . 68
eluryng . . . 101
EMEND . . . 32
EMGALITY PEN . . . 34
EMGALITY SYRINGE . . . 34
EMSAM . . . 28
emtricitabine . . . 55
emtricitabine-rilpivirne-tenof . . . 55
emtricitabine-tenofovir disop . . . 55
EMTRIVA . . . 55
emzahh . . . 105
enalapril maleate . . . 72
enalapril-hydrochlorothiazide . . . 76
ENBREL . . . 110
ENBREL MINI . . . 110
ENBREL SURECLICK . . . 110
ENDARI . . . 94
endocet . . . 13
ENGERIX-B ADULT . . . 112
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT . . . 112
enilloring . . . 101
enoxaparin sodium . . . 68
enpresse . . . 101
enskyce . . . 101
entacapone . . . 47
entecavir . . . 58
ENTRESTO . . . 76
ENTRESTO SPRINKLE . . . 76
ENTYVIO PEN . . . 109
enulose . . . 91
ENVARSUS XR . . . 110
EPIDIOLEX . . . 22
epinastine hcl . . . 117
epinephrine . . . 121
epitol . . . 25
EPIVIR . . . 55
eplerenone . . . 80
EPRONTIA . . . 22
EPZICOM . . . 55
ergotamine-caffeine . . . 34
ERIVEDGE . . . 40
ERLEADA . . . 36
erlotinib hcl . . . 40
errin . . . 105
ertapenem . . . 19
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE) . . . 112
ery . . . 20
ERY-TAB . . . 20
ERYPED 200 . . . 20
ERYPED 400 . . . 20

ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....20
erythromycin.....20,117
erythromycin ethylsuccinate.....20
erythromycin lactobionate.....20
erythromycin-benzoyl peroxide.....85
ESBRIET.....123
escitalopram oxalate.....29
ESGIC.....10
eslicarbazepine acetate.....25
esomeprazole magnesium.....93
estarylla.....101
ESTRACE.....99
estradiol.....99
estradiol (once weekly).....99
estradiol (twice weekly).....99
estradiol valerate.....99
estradiol-norethindrone acetat.....101
ESTRING.....99
eszopiclone.....124
ethambutol hcl.....35
ethosuximide.....23
ethynodiol-ethinyl estradiol.....101
etodolac.....11
etodolac er.....11
etonogestrel-ethinyl estradiol.....101
etravirine.....55
EULEXIN.....36
EUTHYROX.....106
everolimus.....40,110
EVISTA.....106
EVOTAZ.....57
EXELON.....26
exemestane.....38
EXFORGE.....76
EXFORGE HCT.....76
EXJADE.....90
EXKIVITY.....40
EXTENCILLINE.....19
EXXUA.....27
EYSUVIS.....118
ezetimibe.....79
ezetimibe-simvastatin.....79

F

falmina.....101
famciclovir.....59
famotidine.....93
FANAPT.....49
FARESTON.....37
FARXIGA.....61
FASENRA.....123
FASENRA PEN.....123
feirza.....101
felbamate.....22
felodipine er.....74
FEMARA.....38
femynor.....101
fenofibrate.....78
fenofibric acid.....78
fentanyl.....12
fentanyl citrate.....13
fesoterodine fumarate er.....96
FETZIMA.....29
fidaxomicin.....20
FINACEA.....85
finasteride.....96
fingolimod.....83
FINTEPLA.....22
FIRAZYR.....108
FIRMAGON.....107
flac otic oil.....119
FLAGYL.....17
flecainide acetate.....72
FLOMAX.....97
fluconazole.....32
fluconazole-nacl.....32
flucytosine.....33
fludrocortisone acetate.....97
flunisolide.....120
fluocinolone acetonide.....86
fluocinolone acetonide oil.....119
fluocinonide.....86

fluocinonide-e . . . 86
fluorometholone . . . 118
fluorouracil . . . 87
fluoxetine dr . . . 29
fluoxetine hcl . . . 29
fluphenazine decanoate . . . 48
fluphenazine hcl . . . 48
flurbiprofen . . . 11
flurbiprofen sodium . . . 118
fluticasone propionate . . . 86,120
fluticasone propionate hfa . . . 120
fluticasone-salmeterol . . . 124
fluvastatin er . . . 78
fluvastatin sodium . . . 78
fluvoxamine maleate . . . 29
FML . . . 118
FOCALIN . . . 82
fondaparinux sodium . . . 68
FORTEO . . . 115
FOSAMAX . . . 115
fosamprenavir calcium . . . 57
fosinopril sodium . . . 72
fosinopril-hydrochlorothiazide . . . 76
FOTIVDA . . . 40
FRUZAQLA . . . 40
FULPHILA . . . 69
furosemide . . . 77
FUZEON . . . 56
fyavolv . . . 101
FYCOMPA . . . 22

G

gabapentin . . . 23,24
galantamine er . . . 26
galantamine hbr . . . 26
galantamine hydrobromide . . . 26
galbriela . . . 101
gallifrey . . . 105
GAMMAGARD LIQUID . . . 108
GAMMAGARD S-D . . . 108
GAMMAPLEX . . . 108
GAMUNEX-C . . . 108
GARDASIL 9 . . . 112
gatifloxacin . . . 117
GATTEX . . . 92
gauze pad . . . 61
GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2 X 2 . . . 61
gavilyte-c . . . 92
gavilyte-g . . . 92
gavilyte-n . . . 92
GAVRETO . . . 40
gefitinib . . . 40
gemfibrozil . . . 78
gemmily . . . 101
GEMTESA . . . 96
generlac . . . 91
gengraf . . . 110
gentamicin sulfate . . . 16,88,117
gentamicin sulfate in ns . . . 16
GENVOYA . . . 54
GEODON . . . 50
GILENYA . . . 83
GILOTRIF . . . 40
glatiramer acetate . . . 83,84
glatopa . . . 84
GLEEVEC . . . 40
GLEOSTINE . . . 36
glimepiride . . . 61
glipizide . . . 61
glipizide er . . . 61,62
glipizide xl . . . 62
glipizide-metformin . . . 62
GLUCAGEN . . . 64
glucagon emergency kit . . . 64
glucose 5%-0.9% nacl . . . 89
glucose in water . . . 91
GLUCOTROL XL . . . 62
glyburide . . . 62
glyburide micronized . . . 62
glyburide-metformin hcl . . . 62
glycopyrrolate . . . 92

GLYXAMBI....62
GOLYTELY....92
GOMEKLI....40
granisetron hcl....32
GRANIX....69
griseofulvin....33
griseofulvin ultramicrosize....33
guanfacine hcl....70
guanfacine hcl er....82
GVOKE....64
GVOKE HYPOPEN 1-PACK....64
GVOKE HYPOPEN 2-PACK....64
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE....64
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE....64

H

HADLIMA....110
HADLIMA PUSHTOUCH....110
HADLIMA(CF)....110
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH....110
HAEGARDA....108
hailey....101
hailey 24 fe....101
hailey fe....101
HALDOL DECANOATE 100....48
HALDOL DECANOATE 50....48
halobetasol propionate....86
haloette....101
haloperidol....48
haloperidol decanoate....48
haloperidol decanoate 100....48
haloperidol lactate....48
HAVRIX....112
heather....105
HEMADY....97
heparin sodium....68
HEPLISAV-B....112
HERNEXEOS....40
HETLIOZ....124
HIBERIX....112
hidex....97
HUMALOG....65
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN....65
HUMALOG KWIKPEN U-100....65
HUMALOG KWIKPEN U-200....65
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN....65
HUMALOG MIX 75-25....65
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN....65
HUMALOG TEMPO PEN U-100....65
HUMATIN....16
HUMIRA....110
HUMIRA PEN....110
HUMIRA(CF)....110
HUMIRA(CF) PEN....110
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS....111
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC....111
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 111
HUMULIN 70-30....65
HUMULIN 70/30 KWIKPEN....65
HUMULIN N....65
HUMULIN N KWIKPEN....65
HUMULIN R....65
HUMULIN R U-500....65
HUMULIN R U-500 KWIKPEN....66
hydralazine hcl....80
HYDREA....37
hydrochlorothiazide....78
hydrocodone bitartrate er....12
hydrocodone-acetaminophen....13
hydrocodone-ibuprofen....13
hydrocortisone....87,97,115
hydrocortisone butyrate....87
hydrocortisone valerate....87
hydrocortisone-acetic acid....119
hydromorphone hcl....13
hydroxychloroquine sulfate....46
hydroxyurea....37
hydroxyzine hcl....60
hydroxyzine pamoate....60
HYZAAR....76

I

ibandronate sodium 115
IBRANCE 40
IBTROZI 40
ibu 11
ibuprofen 11
icatibant 108
iclevia 101
ICLUSIG 40
icosapent ethyl 79
IDHIFA 40
ILEVRO 118
imatinib mesylate 41
IMBRUVICA 41
imipenem-cilastatin sodium 20
imipramine hcl 31
imiquimod 88
IMITREX 34
IMKELDI 41
IMOVAX RABIES VACCINE 112
IMPAVIDO 17
IMURAN 111
INBRIJA 48
incassia 105
INCRELEX 98
INCRUSE ELLIPTA 121
indapamide 78
INDERAL LA 73
INDERAL XL 73
indomethacin 11
indomethacin er 11
INFANRIX DTAP 112
INGREZZA 83
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 83
INGREZZA SPRINKLE 83
INLURIYO 37
INLYTA 41
INNOPRAN XL 73
INQOVI 37
INREBIC 41
INSPRA 80
INSULIN PEN NEEDLE 66
insulin syringe 66
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML 66
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML 66
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML 66
INTELENCE 55
INTRALIPID 91
introvale 101
INVANZ 20
INVEGA 50
INVEGA HAFYERA 50
INVEGA SUSTENNA 50
INVEGA TRINZA 50
INVELTYS 118
IPOL 112
ipratropium bromide 121
ipratropium-albuterol 124
irbesartan 71
irbesartan-hydrochlorothiazide 76
IRESSA 41
ISENTRESS 54
ISENTRESS HD 54
isibloom 101
isoniazid 35
ISOPROPYL ALCOHOL 0.7 ML/ML MEDICATED PAD 62
ISORDIL TITRADOSE 80
isosorbide dinitrate 80
isosorbide mononitrate 80
isosorbide mononitrate er 80
isotretinoin 85
isradipine 74
ISTALOL 118
ITOVEBI 41
itraconazole 33
ivabradine hcl 76
ivermectin 46,88
IWILFIN 37
IXIARO 112

J

JADENU ... 90
JADENU SPRINKLE ... 91
jaimiess ... 101
JAKAFI ... 41
jantoven ... 68
JANUMET ... 62
JANUMET XR ... 62
JANUVIA ... 62
JARDIANCE ... 62
jasmiel ... 101
JAYPIRCA ... 41
jencycla ... 105
JENTADUETO ... 62
JENTADUETO XR ... 62,63
jinteli ... 101
jolessa ... 101
JUBBONTI ... 115
juleber ... 101
JULUCA ... 54
junel ... 102
junel fe ... 102
junel fe 24 ... 102
JUXTAPID ... 79
JYNNEOS ... 112
JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE) ... 112

K

kaitlib fe ... 102
KALETRA ... 57
kalliga ... 102
KALYDECO ... 122
KANJINTI ... 45
kariva ... 102
kcl-d5w-0.2% nacl ... 89
kcl-d5w-0.225% nacl ... 89
kcl-d5w-0.45% nacl ... 89
kelnor 1-35 ... 102
kelnor 1-50 ... 102
KEPPRA ... 22
KERENDIA ... 80
KESIMPTA PEN ... 84
ketoconazole ... 33
ketorolac tromethamine ... 11,118
KINRIX ... 112
kionex ... 91
KISQALI ... 41
KISQALI FEMARA CO-PACK ... 37
KLARON ... 85
klayesta ... 33
KLOR-CON 10 ... 89
KLOR-CON 8 ... 89
klor-con m10 ... 89
KLOR-CON M15 ... 89
klor-con m20 ... 89
KLOXXADO ... 15
KORLYM ... 107
KOSELUGO ... 41
kourzeq ... 84
KRAZATI ... 41
kurvelo ... 102
KUVAN ... 94

L

l-glutamine ... 95
labetalol hcl ... 73
lacosamide ... 26
lactulose ... 91
LAMICTAL ... 22
LAMICTAL (BLUE) ... 22
lamivudine ... 55,56,58
lamivudine hbv ... 58
lamivudine-zidovudine ... 56
lamotrigine ... 22
lamotrigine (blue) ... 22
lamotrigine er ... 23
LAMPIT ... 46
LANOXIN ... 76
lansoprazole ... 93
LANTUS ... 66
LANTUS SOLOSTAR ... 66

lapatinib....41
larin....102
larin 24 fe....102
larin fe....102
LASIX....77
latanoprost....119
LATUDA....50
LAYOLIS FE....102
LAZCLUZE....41
leena....102
leflunomide....111
lenalidomide....36
lentocilin s....19
LENVIMA....41,42
lessina....102
LETAIRIS....123
letrozole....38
leucovorin calcium....37
LEUKERAN....36
LEUKINE....69
leuprolide acetate....107
leuprolide depot....107
levalbuterol tartrate hfa....121
levetiracetam....23
levetiracetam er....23
LEVO-T....106
levobunolol hcl....118
levocarnitine....95
levocarnitine sf....95
levocetirizine dihydrochloride....120
levofloxacin....21
levofloxacin-d5w....21
levonest....102
levonorg-eth estrad eth estrad....102
levonorgestrel-eth estradiol....102
levora-28....102
levorphanol tartrate....12
levothyroxine sodium....106
LEVOXYL....106
LEXAPRO....29
LEXIVA....57
LIALDA....114
LIBERVANT....24
lidocaine....14
lidocaine hcl....14
lidocaine hcl laryngotracheal 4% solution....14
lidocaine hcl viscous....14
lidocaine-prilocaine....14
lidocan iii....14
lidocan iv....14
lidocan v....14
LIDODERM....14
LILETTA....97
linezolid....17
linezolid-0.9% nacl....17
linezolid-d5w....17
LINZESS....91
liomny....106
liothyronine sodium....106
LIPITOR....78
lisdexamfetamine dimesylate....81
lisinopril....72
lisinopril-hydrochlorothiazide....76
lithium carbonate....61
lithium carbonate er....61
lithium citrate....61
LITHOBID....61
LIVTENCITY....58
lo-zumandimine....102
LOCOID LIPOCREAM....87
LOESTRIN....102
LOESTRIN FE....102
lojaimiess....102
LONSURF....38
loperamide....92
LOPID....78
lopinavir-ritonavir....57
LOPRESSOR....73
LOPROX....33
lorazepam....60
lorazepam intensol....60
LORBRENA....42

loryna....102
losartan potassium....71
losartan-hydrochlorothiazide....76
LOTENSIN....72
LOTRONEX....92
lovastatin....79
LOVENOX....68
low-ogestrel....102
loxapine....48
lubiprostone....91
luizza....102
LUMAKRAS....42
LUMIGAN....119
LUMRYZ....125
LUMRYZ STARTER PACK....125
LUPRON DEPOT....107
LUPRON DEPOT (LUPANETA)....107
LUPRON DEPOT-PED....107
lurasidone hcl....50
lutera....102
LYBALVI....50
lyleq....105
lyllana....99
LYNPARZA....42
LYRICA....24
LYSODREN....38
LYTGOBI....42
LYUMJEV....66
LYUMJEV KWIKPEN U-100....66
LYUMJEV KWIKPEN U-200....66
LYUMJEV TEMPO PEN U-100....66
lyza....105

M

M-M-R II VACCINE....112
magnesium sulfate....89
MALARONE....46
malathion....88
maraviroc....56
marlissa....102
MARPLAN....28
MATULANE....36
matzim la....75
MAVYRET....58
MAXALT....34
MAXALT MLT....34
MAXITROL....116
meclizine hcl....31
MEDROL....97
medroxyprogesterone acetate....105
mefloquine hcl....46
megestrol acetate....106
MEKINIST....42
MEKTOVI....42
meleya....106
meloxicam....11
memantine hcl....27
memantine hcl er....27
MENACTRA....113
MENEST....99
MENQUADFI....113
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP....113
mercaptopurine....37
meropenem....20
meropenem-0.9% nacl....20
merzee....103
mesalamine....114
mesalamine dr....114
mesalamine er....114
mesna....46
MESNEX....46
MESTINON....35
metformin hcl....63
metformin hcl er....63
methadone hcl....12
methazolamide....76
methenamine hippurate....17
methimazole....108
methocarbamol....124
methotrexate....111
methotrexate sodium....111
methoxsalen....88

methscopolamine bromide....92
methsuximide....23
methylphenidate er....82
methylphenidate hcl....82
methylprednisolone....97
methyltestosterone....98
metoclopramide hcl....92
metolazone....78
metoprolol succinate....73
metoprolol tartrate....73
metoprolol-hydrochlorothiazide....76
METRO IV....17
METROCREAM....88
METROGEL....88
METROLOTION....88
metronidazole....17,88
metyrosine....76
mexiletine hcl....72
micafungin....33
micafungin-0.9% nacl....33
MICARDIS....71
MICARDIS HCT....76,77
microgestin....103
microgestin 24 fe....103
microgestin fe....103
midodrine hcl....70
MIEBO....116
mifepristone....107
miglustat....95
MIGRANAL....34
mili....103
mimvey....103
minocycline hcl....21
minoxidil....80
mirtazapine....27
misoprostol....93
modafinil....125
MODEYSO....38
moexipril hcl....72
molindone hcl....48
mometasone furoate....87,120
mondoxyne nl....21
mono-linyah....103
montelukast sodium....120
morphine sulfate....13
morphine sulfate er....12
MOUNJARO....63
MOVANTIK....92
MOVIPREP....92
moxifloxacin....21,117
moxifloxacin hcl....21
MRESVIA....113
MULTAQ....72
mupirocin....88
MVASI....45
MYALEPT....92
MYCOBUTIN....35
mycophenolate mofetil....111
mycophenolic acid....111
MYFORTIC....111
MYHIBBIN....111
myorisan....85
MYRBETRIQ....96
MYSOLINE....24

N

nabumetone....11
nadolol....73
nafcillin....19
nafcillin sodium....19
naloxone hcl....15
naltrexone hcl....15
NAMENDA....27
nano 2nd gen pen needle....66
nano pen needle....66
naproxen....11,12
naproxen sodium....12
naratriptan hcl....34
NARCAN....15
NARDIL....28
NATACYN....117
nateglinide....63

NAYZILAM....24
nebivolol hcl....73
NEBUPENT....46
necon....103
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY....66
nefazodone hcl....29
neo-polycin....117
neo-polycin hc....116
neomycin sulfate....16
neomycin-bacitracin-poly-hc....116
neomycin-bacitracin-polymyxin....117
neomycin-polymyxin-dexameth....116
neomycin-polymyxin-gramicidin....117
neomycin-polymyxin-hc....119
neomycin-polymyxin-hydrocort....119
NEORAL....111
NERLYNX....42
neuac....85
NEUPRO....47
NEURONTIN....24
nevirapine....55
nevirapine er....55
NEXAVAR....42
NEXIUM....94
NEXPLANON....97
niacin er....79
nicardipine hcl....74
NICOTROL....15
NICOTROL NS....15
nifedipine....74
nifedipine er....74
nikki....103
NILANDRON....36
nilutamide....36
nimodipine....74
NINLARO....42
NIPENT....38
nisoldipine....74
nitazoxanide....47
nitisinone....95
NITRO-BID....80
nitrofurantoin....17
nitrofurantoin mono-macro....17
nitroglycerin....80
nitroglycerin patch....80
NITROLINGUAL....81
NITROSTAT....81
NIVESTYM....69
nizatidine....93
nora-be....106
norelgestromin-eth estradiol....103
norethin-eth estra-ferrous fum....103
norethindron-ethinyl estradiol....103
norethindrone....106
norethindrone ac (lupaneta)....106
norethindrone acetate....106
norethindrone-e.estradiol-iron....103
norgestimate-ethinyl estradiol....103
NORPRAMIN....31
NORTHERA....70
nortrel....103
nortriptyline hcl....31
NORVASC....74
NORVIR....57
NOVOLIN 70-30....66
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN....66
NOVOLIN N....66
NOVOLIN N FLEXPEN....66
NOVOLIN R....66
NOVOLIN R FLEXPEN....66
NOVOLOG....66
NOVOLOG FLEXPEN....66
NOVOLOG MIX 70-30....66
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN....66
NOVOLOG PENFILL....66
NOXAFIL....33
NUBEQA....36
NUEDEXTA....83
NUPLAZID....50
NURTEC ODT....34
NUTRILIPID....91
NUVARING....103

NUVIGIL....125
NUZYRA....21
nyamyc....33
nylia....103
nymyo....103
nystatin....33
nystatin-triamcinolone....88
nystop....33

O

OCALIVA....93
ocella....103
octreotide acetate....107
octreotide acetate er....107
OCUFLOX....117
ODEFSEY....56
ODOMZO....42
OFEV....123
ofloxacin....21,117,119
OGSIVEO....42
OJEMDA....42
OJJAARA....42
olanzapine....50,51
olanzapine odt....51
olmesartan medoxomil....71
olmesartan-amlodipine-hctz....77
olmesartan-hydrochlorothiazide....77
olopatadine hcl....120
omega-3 acid ethyl esters....79
omeprazole....94
omnipod 5 (g6/libre 2 plus)....66
omnipod 5 dexg7g6 intro(gen 5)....66
omnipod 5 dexg7g6 pods (gen 5)....67
omnipod 5 g6-g7 intro kt(gen5)....67
omnipod 5 g6-g7 pods (gen 5)....67
omnipod 5 intro(g6/libre2plus)....67
omnipod classic pods (gen 3)....67
omnipod dash intro kit (gen 4)....67
omnipod dash pdm kit (gen 4)....67
omnipod dash pods (gen 4)....67
omnipod go pods....67
OMNITROPE....98
ondansetron hcl....32
ondansetron odt....32
ONFI....24
ONTRUZANT....45
ONUREG....38
OPIPZA....51
OPSUMIT....123
OPVEE....15
ORACEA....85
ORALAIR....124
oralone....84
ORENCIA....109
ORENCIA CLICKJECT....109
ORFADIN....95
ORGOVYX....38
ORKAMBI....122
orquidea....106
ORSERDU....37
oseltamivir phosphate....58
OTEZLA....88
OVIDE....88
oxaprozin....12
oxazepam....60
oxcarbazepine....26
oxybutynin chloride....96
oxybutynin chloride er....96
oxycodone hcl....13
oxycodone-acetaminophen....13,14
OZEMPIC....63

P

pacerone....72
paliperidone er....51
PALYNZIQ....95
PANRETIN....46
pantoprazole sodium....94
paricalcitol....115
PARNATE....28
paroxetine cr....29
paroxetine er....29

paroxetine hcl ... 29,30
PAXIL ... 30
PAXLOVID ... 59
PAXLOVID (EUA) ... 59
pazopanib hcl ... 43
PEDIARIX ... 113
PEDVAXHIB ... 113
peg 3350-electrolyte ... 93
peg-3350 and electrolytes ... 93
peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c ... 93
PEGASYS ... 110
PEMAZYRE ... 43
pen needle ... 67
PENBRAYA ... 113
penicillamine ... 97
penicillin g potassium ... 19
penicillin g sodium ... 19
penicillin gk-iso-osm dextrose ... 19
penicillin v potassium ... 19
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y ... 113
PENTACEL ... 113
PENTAM 300 ... 47
pentamidine isethionate ... 47
PENTASA ... 114
pentoxifylline ... 77
perampanel ... 23
perindopril erbumine ... 72
periogard ... 84
permethrin ... 88
perphenazine ... 31
PERSERIS ... 51
pfizerpen ... 19
phenelzine sulfate ... 28
phenobarbital ... 24
phenoxybenzamine hcl ... 70
PHENYTEK ... 26
phenytoin ... 26
phenytoin sodium extended ... 26
philith ... 103
PIFELTRO ... 55
pilocarpine hcl ... 84,119
pimecrolimus ... 87
pimozide ... 48
pimtrea ... 103
pindolol ... 73
pioglitazone hcl ... 63
pioglitazone-glimepiride ... 63
pioglitazone-metformin ... 63
piperacillin-tazobactam ... 19
PIQRAY ... 43
pirfenidone ... 123
piroxicam ... 12
PLAQUENIL ... 47
PLAVIX ... 70
PLEGRIDY ... 84
PLEGRIDY PEN ... 84
podofilox ... 88
polycin ... 117
polymyxin b sul-trimethoprim ... 117
POMALYST ... 36
portia ... 103
posaconazole ... 33
potassium chloride ... 90
potassium chloride in d5lr ... 90
potassium chloride proamp ... 90
potassium chloride-0.45% nacl ... 90
potassium chloride-dextrose 5% ... 90
potassium citrate er ... 90
pramipexole dihydrochloride ... 47
prasugrel hcl ... 70
pravastatin sodium ... 79
praziquantel ... 46
prazosin hcl ... 70
PRED FORTE ... 118
PRED MILD ... 118
prednisolone ... 97
prednisolone acetate ... 118
prednisolone sodium phosphate ... 98,118
prednisone ... 98
pregabalin ... 24
PREGNYL ... 98
PREHEVBRIO ... 113

PREMARIN....99
PREMPHASE....103
PREMPRO....103
PRETOMANID....35
PREVACID....94
prevalite....79
PREVYMIS....58
PREZCOBIX....57
PREZISTA....57
PRIFTIN....35
primaquine....47
primidone....24
PRIORIX....113
PRISTIQ....30
PROAIR RESPICLICK....121
probenecid....33
probenecid-colchicine....33
PROCARDIA XL....74
prochlorperazine....31
prochlorperazine maleate....31
PROCRIT....69
procto-med hc....115
proctosol-hc....115
proctozone-hc....115
progesterone....106
PROGLYCEM....65
PROGRAF....111
PROLASTIN C....95
PROLENSA....118
PROLIA....115
PROMACTA....69
promethazine hcl....31
promethegan....31
propafenone hcl....72
propafenone hcl er....72
propranolol hcl....73
propranolol hcl er....73
propylthiouracil....108
PROQUAD....113
PROSCAR....97
PROTONIX....94
protriptyline hcl....31
PROVERA....106
PROZAC....30
PRUDOXIN....87
PULMOZYME....122
PURIXAN....37
PYLERA....93
pyrazinamide....35
pyridostigmine bromide....35
pyridostigmine bromide er....35
pyrimethamine....47
PYRUKYND....95

Q

QINLOCK....43
QUADRACEL DTAP-IPV....113
quetiapine fumarate....51
quetiapine fumarate er....51
quinapril hcl....72
quinapril-hydrochlorothiazide....77
quinidine gluconate....72
quinidine sulfate....72
quinine sulfate....47
QVAR REDIHALER....120

R

RABAVERT....113
rabeprazole sodium....94
RALDESY....30
raloxifene hcl....106
ramelteon....124
ramipril....72
ranolazine er....77
RAPAFLO....97
RAPAMUNE....111
rasagiline mesylate....48
reclipsen....103
RECOMBIVAX HB....113
RECTIV....81
REGLAN....93
REGRANEX....88

RELENZA....58
RELISTOR....92
REMERON....27
RENFLEXIS....111
repaglinide....63
REPATHA PUSHTRONEX....80
REPATHA SURECLICK....80
REPATHA SYRINGE....80
RESTASIS....116
RESTASIS MULTIDOSE....116
RETACRIT....69
RETEVMO....43
RETIN-A....85
RETROVIR....56
REVCOVI....95
REVUFORJ....43
REXTOVY....15
REXULTI....51
REYATAZ....57,58
REZLIDHIA....43
REZUROCK....111
RHOPRESSA....119
RIABNI....45
ribavirin....58
RIDAURA....109
rifabutin....35
rifampin....35
riluzole....83
RINVOQ....109
RINVOQ LQ....109
risedronate sodium....115
risedronate sodium dr....115
RISPERDAL....51
RISPERDAL CONSTA....51
risperidone....51
risperidone er....52
risperidone odt....52
RITALIN....82
ritonavir....58
rivaroxaban....68
rivastigmine....27
rizatriptan....34
ROCALTROL....115
ROCKLATAN....119
roflumilast....122
ROMVIMZA....43
ropinirole er....47
ropinirole hcl....47
rosadan....88
rosuvastatin calcium....79
ROTARIX....113
ROTATEQ....113
ROWASA....114
roweepra....23
ROXICODONE....14
ROZEREM....124
ROZLYTREK....43
RUBRACA....43
rufinamide....26
RUKOBIA....56
RUXIENCE....45
RYBELSUS....63
RYDAPT....43
RYTARY....48

S

SABRIL....25
sacubitril-valsartan....77
sajazir....108
SALAGEN....84
SAMSCA....91
SANDIMMUNE....111
SANDOSTATIN LAR DEPOT....107
SANTYL....88
SAPHRIS....52
sapropterin dihydrochloride....95
saxagliptin hcl....63
saxagliptin-metformin er....63
SCEMBLIX....43
scopolamine....32
SECUADO....52
selegiline hcl....48

selenium sulfide....87
SELZENTRY....56
SENSIPAR....115
SEREVENT DISKUS....121
SEROQUEL....52
SEROQUEL XR....52
sertraline hcl....30
setlakin....103
SFROWASA....114
sharobel....106
SHINGRIX....113
SIGNIFOR....107
SIGNIFOR LAR....107
sildenafil citrate....123
SILENOR....124
silodosin....97
SILVADENE....88
silver sulfadiazine....88
SIMBRINZA....119
SIMLANDI(CF)....111
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR....111
simliya....104
simpesse....104
simvastatin....79
SINEMET....48
SINEMET 10-100....48
SINEMET 25-100....48
SINGULAIR....121
sirolimus....111
SIRTURO....35
SIVEXTRO....17
SKYLA....97
SKYRIZI....109
SKYRIZI ON-BODY....109
SKYRIZI PEN....109
sod sulf-potass sulf-mag sulf....93
sodium chloride....90
sodium chloride-water....90
sodium oxybate....125
sodium phenylbutyrate....95
sodium polystyrene sulfonate....91
solifenacin succinate....96
SOLIQUA 100-33....63
SOLTAMOX....37
SOMATULINE DEPOT....107
SOMAVERT....107
SOOLANTRA....88
sorafenib....43
sorine....73
sotalol....73
sotalol af....73
SPIRIVA HANDIHALER....121
SPIRIVA RESPIMAT....121
spironolactone....80
spironolactone-hctz....77
SPORANOX....33
sprintec....104
SPRITAM....23
SPRYCEL....43
SPS....91
sronyx....104
SSD....88
STAMARIL....113
STELARA....109
STEQEYMA....109
sterile pads....63
STIOLTO RESPIMAT....124
STIVARGA....44
STRATTERA....82
STRENSIQ....95
streptomycin sulfate....16
STRIBILD....54
STROMECTOL....46
SUBLOCADE....15
SUBOXONE....15
subvenite....23
subvenite (blue)....23
sucralfate....93
SULAR....74
sulfacetamide sodium....85,117
sulfacetamide-prednisolone....116
sulfadiazine....21

sulfamethoxazole-trimethoprim....21
sulfasalazine....114
sulfasalazine dr....114
sulindac....12
sumatriptan....34
sumatriptan succinate....34,35
sunitinib malate....44
SUNLENCA....56,57
SUPREP....93
SUTAB....93
SUTENT....44
syeda....104
SYMFI....55
SYMFI LO....55
SYMLINPEN 120....63
SYMLINPEN 60....63
SYMPAZAN....25
SYMTUZA....58
SYNAREL....107
SYNJARDY....64
SYNJARDY XR....64
SYNTHROID....107
SYPRINE....91

T

TABLOID....37
TABRECTA....44
tacrolimus....87,111
tadalafil....97,123
TAFINLAR....44
TAGRISSO....44
TALZENNA....44
TAMIFLU....58,59
tamoxifen citrate....37
tamsulosin hcl....97
taperdex....98
TARGRETIN....46
tarina 24 fe....104
tarina fe....104
tarina fe 1-20 eq....104
TASIGNA....44
tasimelteon....124
TASMAR....47
taysofy....104
tazarotene....85
tazicef....18
TAZORAC....85
taztia xt....75
TAZVERIK....44
TDVAX....113
TECFIDERA....84
TEFLARO....18
TEGRETOL....26
TEGRETOL XR....26
TEKTURNA....77
telmisartan....71
telmisartan-amlodipine....77
telmisartan-hydrochlorothiazid....77
temazepam....124
tencon....10
TENIVAC....113
tenofovir disoproxil fumarate....56
TENORETIC 100....77
TENORETIC 50....77
TENORMIN....74
TEPMETKO....44
terazosin hcl....70,71
terbinafine hcl....33
terbutaline sulfate....121
terconazole....33
teriparatide....116
testosterone....98
testosterone cypionate....98
testosterone enanthate....99
tetrabenazine....83
tetracycline hcl....21
THALOMID....37
THEO-24....122
theophylline anhydrous....122
theophylline er....122
thioridazine hcl....48
thiothixene....49

THYMOGLOBULIN....108
tiadylt er....75
tiagabine hcl....25
TIAZAC....75
TIBSOVO....44
ticagrelor....70
TICOVAC....113
tigecycline....17
TIKOSYN....73
tilia fe....104
timolol maleate....74,118
TIMOPTIC....118
TIMOPTIC OCUDOSE....118
tinidazole....17
tiotropium bromide....121
TIROSINT....107
TIROSINT-SOL....107
TIVICAY....54
TIVICAY PD....54
tizanidine hcl....54
TOBRADEX....116
tobramycin....117,122
tobramycin sulfate....16
tobramycin-dexamethasone....116
tolcapone....47
tolterodine tartrate....96
tolterodine tartrate er....96
tolvaptan....91
topiramate....23
TOPROL XL....74
toremifene citrate....37
torpenz....44
torsemide....77
TOUJEO MAX SOLOSTAR....67
TOUJEO SOLOSTAR....67
TOVIAZ....96
TRACLEER....123
TRADJENTA....64
tramadol hcl....14
tramadol hcl er....12
tramadol hcl-acetaminophen....14
trandolapril....72
trandolapril-verapamil er....77
tranexamic acid....70
tranylcypromine sulfate....28
TRAVASOL....91
TRAVATAN Z....119
travoprost....119
TRAZIMERA....45
trazodone hcl....30
TRECATOR....35
TRELEGY ELLIPTA....124
TRELSTAR....107
TREMFYA....109
TREMFYA ONE-PRESS....109
TREMFYA PEN....109
TREMFYA PEN INDUCTION (2 PEN)....109
tretinoin....46,85
tri-estarylla....104
tri-legest fe....104
tri-linyah....104
tri-lo-estarylla....104
tri-lo-marzia....104
tri-lo-mili....104
tri-lo-sprintec....104
tri-mili....104
tri-nymyo....104
tri-sprintec....104
tri-vylibra....104
tri-vylibra lo....104
triamcinolone acetonide....84,87
triamterene-hydrochlorothiazid....78
TRIBENZOR....77
triderm....87
trientine hcl....91
trifluoperazine hcl....49
trifluridine....117
trihexyphenidyl hcl....47
TRIKAFTA....122
triklo....80
TRILEPTAL....26
trimethoprim....17

trimipramine maleate....31
TRINTELLIX....30
TRIUMEQ....56
TRIUMEQ PD....56
trivora-28....104
TROPHAMINE....91
trospium chloride....96
trospium chloride er....96
true comfort safety pen needle....67
TRULICITY....64
TRUMENBA....113
TRUQAP....44
TRUVADA....56
TUKYSA....44
TURALIO....44
turqoz....104
TWINRIX....113
TYBLUME....104
TYBOST....57
tydemy....104
TYENNE....109
TYENNE AUTOINJECTOR....109
TYGACIL....17
TYKERB....44
TYMLOS....116
TYPHIM VI....113

U

UBRELVY....34
UDENYCA....69
UDENYCA AUTOINJECTOR....69
UDENYCA ONBODY....69
ultiguard safepack-pen needle....67
ultra-fine insulin syringe....67
ultra-fine pen needle....67
unifine otc pen needle....67
unifine pentips....67
unifine pentips plus....67
UNITHROID....107
ursodiol....93
UZEDY....52

V

VAGIFEM....99
valacyclovir....59
VALCHLOR....36
VALCYTE....58
valganciclovir hcl....58
valproic acid....23
valsartan....71
valsartan-hydrochlorothiazide....77
VALTOCO....25
VALTREX....59
valtya....104
vanadom....124
vancomycin hcl....17
VANFLYTA....44
VAQTA....113
varenicline tartrate....15
VARIVAX VACCINE....113
VASCEPA....80
VASERETIC....77
VASOTEC....72
VAXCHORA VACCINE....113
velivet....104
VELTASSA....91
VENCLEXTA....44
VENCLEXTA STARTING PACK....45
venlafaxine besylate er....30
venlafaxine hcl....30
venlafaxine hcl er....30
VENTAVIS....123
VENTOLIN HFA....121
VEOZAH....83
verapamil er....75
verapamil er pm....75
verapamil hcl....75
verapamil sr....75
VERELAN....75
VERELAN PM....75
VERQUVO....81
VERSACLOZ....53

VERZENIO....45
vestura....104
VFEND IV....33
VIBERZI....92
vienva....105
vigabatrin....25
vigadrone....25
VIGAFYDE....25
VIGAMOX....117
vigpoder....25
VIIBRYD....30
vilazodone hcl....30
VIMKUNYA....113
VIMPAT....26
viorele....105
VIRACEPT....58
VIREAD....56
VITRAKVI....45
VIVITROL....15
VIVOTIF....114
VIZIMPRO....45
volnea....105
VONJO....45
VORANIGO....45
voriconazole....33
voriconazole (hpbcd)....33
VOTRIENT....45
VOWST....93
VPRIV....95
VRAYLAR....52
VUMERITY....84
vyfemla....105
vylibra....105
VYNDAMAX....95
VYNDAQEL....95
VYTORIN....80
VYVANSE....81

W

warfarin sodium....68
WELIREG....95
WELLBUTRIN SR....27
WELLBUTRIN XL....27
wera....105
wixela inhub....124
wymzya fe....105
WYOST....116

X

XALKORI....45
xarah fe....105
XARELTO....68,69
XATMEP....111
XCOPRI....26
XDEMVY....116
xelria fe....105
XENAZINE....83
XERMELO....92
XGEVA....116
XHANCE....120
XIFAXAN....93
XIGDUO XR....64
XIIDRA....116
XOFLUZA....59
XOLAIR....109
XOPENEX HFA....122
XOSPATA....45
XPOVIO....38
XTANDI....36
xulane....105

Y

yargesa....95
YASMIN 28....105
YAZ....105
YF-VAX....114
YONSA....36
yuvafem....99

Z

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

zaleplon....125
ZARONTIN....23
ZEBUTAL....10
ZEJULA....45
ZELBORAF....45
zelvysia....95
zenatane....85
ZENPEP....95
zenzedi....81,82
ZEPATIER....58
ZESTORETIC....77
ZESTRIL....72
ZETIA....80
ZIAC....77
ZIAGEN....56
zidovudine....56
ZIEXTENZO....69
ziprasidone hcl....52
ziprasidone mesylate....53
ZIRABEV....45
ZITHROMAX....20
ZITHROMAX TRI-PAK....20
ZOCOR....79
ZOKINVY....95
ZOLINZA....38
zolmitriptan odt....35
ZOLOFT....30
zolpidem tartrate....125
zolpidem tartrate er....125
ZONALON....87
ZONEGRAN....26
ZONISADE....26
zonisamide....26
ZONTIVITY....69
ZORTRESS....111
ZOSYN....19
zovia 1-35....105
ZOVIRAX....59
ZTALMY....25
ZTLIDO....14
zumandimine....105
ZURZUVAE....27,28
ZYDELIG....45
ZYKADIA....45
ZYPREXA....53
ZYPREXA RELPREVV....53
ZYPREXA ZYDIS....53
ZYVOX....17

Aviso de no discriminación

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

Los planes Hamaspik Medicare Advantage:

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

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

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

También puede enviar su queja a la siguiente dirección:

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

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

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

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

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

LANGUAGE ASSISTANCE NOTICE

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

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

Formulario 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 01/12/2025.

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.