

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

Formulario 2026
(Lista de medicamentos cubiertos o “Lista
de medicamentos”)

POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE
INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE
CUBRIMOS EN ESTE PLAN

ID de presentación del archivo del formulario aprobado por HPMS: 26303

Este formulario se actualizó el 01/04/2026.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio para afiliados de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice al 888-426-2774. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos abiertos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. to 8:00 p. m., del 1 de octubre de 2025 al 31 de marzo de 2026; y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., desde el 1 de abril de 2026 hasta el 30 de septiembre de 2026, o visite www.hamaspik.com.

Nota para los afiliados actuales:

Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de Medicamentos (formulario) se refiere a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Hamaspik, Inc. Cuando se refiere a “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice.

Este documento incluye la Lista de Medicamentos (formulario) de nuestro plan, la cual está vigente al 01/04/2026. Para obtener una lista actualizada de medicamentos (formulario), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de Medicamentos (formulario), aparece en la portada y la contraportada.

Por lo general, debe utilizar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027 y, ocasionalmente, durante el transcurso del año.

¿Qué son los formularios Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?

En este documento usamos los términos Lista de medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice, en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice generalmente cubrirán los medicamentos incluidos en nuestro formulario siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia participante de la red y se cumplan las demás reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos del formulario durante el año, trasladarlos a diferentes niveles de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí:

www.hamaspik.com.

Cambios que pueden afectarle este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por cambios en la cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.**

Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo estamos reemplazando con una nueva versión específica del mismo medicamento que aparecerá en la misma cantidad o en menos farmacias. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero agregar inmediatamente nuevas restricciones.

Solo podemos realizar estos cambios inmediatos si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en el formulario (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que una farmacia puede sustituir por un producto biológico original sin una nueva receta).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato, pero posteriormente le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

Si realizamos dicho cambio, usted o la persona que emite la receta puede solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento que se está modificando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?”

Puede que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento del mercado o si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que debe retirarse por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y posteriormente notificar a los afiliados que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los afiliados que actualmente toman algún medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del formulario al agregar un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original al agregar un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original. Es posible que

realicemos cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario o agregamos autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, debemos notificar a los afiliados afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor. Alternativamente, cuando un afiliado solicita un surtido del medicamento, puede recibir un suministro del medicamento para 30 días y un aviso del cambio.

Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona que emite la receta puede solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?”

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si usted está tomando un medicamento incluido en nuestro formulario de 2026 que estaba cubierto al comienzo del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles con el mismo coste compartido y sin nuevas restricciones para los afiliados que los tomen durante el resto del año de cobertura.

Este año no recibirá un aviso directo sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, dichos cambios le afectarían, y es importante consultar el formulario del nuevo año de beneficios para comprobar si se han producido cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto está vigente al 01/04/2026. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 18. Los medicamentos incluidos en este formulario están agrupados en categorías según el tipo de condiciones médicas que se utilizan para tratar. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una condición cardíaca se incluyen en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en 9. Luego, busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página 294. El índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el índice figuran tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Junto al nombre de su medicamento, verá el número de página donde podrá encontrar información sobre la cobertura. Diríjase a la página que aparece en el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice cubren tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico es aquel que la FDA aprueba por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Existen sustitutos genéricos para muchos medicamentos de marca. Dependiendo de las leyes estatales, los medicamentos genéricos generalmente pueden sustituir a los de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta.

¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación tienen con los biosimilares?

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas llamadas biosimilares. En general, los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los de marca. Para obtener información sobre los tipos de medicamentos, consulte la “Evidencia de cobertura”, Capítulo 5, Sección 3.1, “La 'Lista de medicamentos' indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos”.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites de cobertura adicionales. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice requieren que usted [o la persona que emite la receta] obtenga una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener la aprobación de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice limitan la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice proporcionan 3 unidades cada 28 días por receta de Ozempic. Esto puede ser adicional al suministro estándar de uno o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice requieren que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su condición médica, es posible que Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice no cubran el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, entonces cubriremos el tratamiento con el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional consultando el formulario que comienza en la página 18. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos que explican nuestras restricciones sobre autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y la contraportada.

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

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

Los medicamentos OTC son medicamentos que no requieren receta médica y que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre como beneficio adicional. (Este beneficio es independiente de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se describe en el Capítulo 4 de su Evidencia de cobertura). Algunos medicamentos de venta libre son más baratos que los medicamentos con receta y funcionan igual de bien. Para obtener más

información, llame a Servicio para afiliados. El costo de estos medicamentos OTC no se contabilizará dentro del total de sus costos de medicamentos de la Parte D.

¿Qué ocurre si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con el Servicio para afiliados y preguntar si su medicamento está cubierto. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y la contraportada.

Si descubre que Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice no cubren su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para afiliados una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice. Cuando reciba la lista, muéstrésela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nosotros.
- Puedes solicitar a Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice que hagan una excepción y cubran su medicamento. Consulte a continuación la información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar una excepción al formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?

Puede solicitar a Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice que hagan una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puedes solicitarnos que cubramos un medicamento, aunque no esté incluido en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costos compartidos predeterminado, y usted no podrá solicitarnos que lo proporcionemos a un nivel de costos compartidos menor.
- Puede solicitarnos que le eximamos de alguna restricción de cobertura, incluyendo la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice limitan la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que eliminemos dicho límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice solo aprobarán su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, o la aplicación de la restricción, no serían tan efectivos para usted o le causarían efectos adversos.

Usted o la persona que emite la receta debe comunicarse con nosotros para solicitar una excepción a la lista de medicamentos, incluida una excepción a una restricción de cobertura. ***Cuando solicite una excepción, la persona que emite la receta deberá explicarle las razones médicas por las que necesita dicha excepción.*** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de la persona que emite la receta. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y nosotros estamos de acuerdo, que su salud podría verse seriamente perjudicada si espera hasta 72 horas para obtener una decisión. Si estamos de acuerdo, o si la persona que emite la receta solicita una decisión rápida, debemos darle una respuesta en un plazo máximo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de la persona que emite la receta.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene alguna restricción?

Como afiliado nuevo o recurrente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en nuestro formulario. O puede que esté tomando un medicamento que figura en nuestro formulario pero que tiene una restricción de cobertura, como la autorización previa. Debe hablar con la persona que emite la receta sobre la posibilidad de solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubrimos o solicitar una excepción a la lista de medicamentos para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el curso de acción adecuado para usted,

podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días que sea afiliado a nuestro plan.

Por cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta es para menos días, le permitiremos solicitar resurtidos para proporcionarle un suministro máximo de medicamento para 30 días. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido afiliado al plan por menos de 90 días.

Si usted reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya han transcurrido los primeros 90 días de afiliación a nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras usted solicita una excepción a la lista de medicamentos.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice, revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y la contraportada.

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

Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice

El formulario que aparece a continuación proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página 294.

La primera columna de la tabla enumera el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben con mayúscula inicial (por ejemplo, BRILINTA COMPRIMIDOS 60 MG) y los medicamentos genéricos se enumeran en minúsculas cursiva (por ejemplo, *bumetanida comprimidos 0,5 mg*).

La información de la columna Requisitos/Límites le indica si Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice tienen algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

LEGEND

QL

Quantity Limit

There is a limit on the amount of this drug that is covered per prescription, or within a specific time frame.

PA

Prior
Authorization

You (or your physician) are required to get prior authorization before you fill your prescription for this drug. Without prior approval, we may not cover this drug.

ST

Step Therapy

In some cases, you may be required to first try certain drugs to treat your medical condition before we will cover another drug for that condition.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Analgesics

Analgesics, Other

<i>butalbital-acetaminophen butalbital-acetaminophn 50-325</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>butalbital-acetaminophen- caffé (50-300-40, 50-325- 40)</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>butalbital-aspirin-cafféine cp</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ESGIC 50-325-40 MG CAPSULE	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>tencon 50-325 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)

Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs

ARTHROTEC 50 MG- 200 MCG TAB	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ARTHROTEC 75 MG- 200 MCG TAB	1	QL (90 PER 30 DAYS)
CELEBREX (50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 200 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 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
CELEBREX 400 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>celecoxib (50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DAYPRO 600 MG CAPLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium (dr 25 mg tab, ec 25 mg tab)</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium (dr 50 mg tab, ec 50 mg tab)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium (dr 75 mg tab, ec 75 mg tab)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium 1% gel</i>	1	
<i>diclofenac sodium 1.5% topical soln</i>	1	PA
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium-misoprostol (75-0.2 mg, 75-0.2 tb)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 19

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>diclofenac sodium-misoprostol diclofenac-misoprost 50-0.2 mg</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ec-naproxen dr 375 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ec-naproxen dr 500 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>etodolac (400 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>etodolac 200 mg capsule</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>etodolac 300 mg capsule</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>etodolac er (er 400 mg tablet, er 500 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>etodolac er 600 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>flurbiprofen 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>ibu 400 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>ibu 600 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>ibu 800 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ibuprofen 100 mg/5 ml susp</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 20

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ibuprofen 400 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>ibuprofen 600 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>ibuprofen 800 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>indomethacin 25 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>indomethacin 50 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>indomethacin er 75 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ketorolac tromethamine 10 mg tablet</i>	1	
<i>lurbipr 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>meloxicam 15 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>meloxicam 7.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>nabumetone 500 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>nabumetone 750 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>naproxen (375 mg tablet, dr 375 mg tablet)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>naproxen (500 mg kit, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 21

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>naproxen 125 mg/5 ml suspen</i>	1	QL (1800 PER 30 DAYS)
<i>naproxen 250 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>naproxen sodium 275 mg tab</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>naproxen sodium 550 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>oxaprozin (600 mg caplet, 600 mg tablet)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>piroxicam 10 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>piroxicam 20 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sulindac (150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Opioid Analgesics, Long-acting		
BELBUCA (75 MCG FILM, 150 MCG FILM, 300 MCG FILM, 450 MCG FILM, 600 MCG FILM, 750 MCG FILM, 900 MCG FILM)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine (5 mcg/hr patch, 7.5 mcg/hr patch, 10 mcg/hr patch, 15 mcg/hr patch, 20 mcg/hr patch)</i>	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 22

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
BUTRANS (5 MCG/HR PATCH, 7.5 MCG/HR PATCH, 10 MCG/HR PATCH, 15 MCG/HR PATCH, 20 MCG/HR PATCH)	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fentanyl (12 mcg/hr patch, 25 mcg/hr patch, 37.5 mcg/hr patch, 50 mcg/hr patch, 62.5 mcg/hr patch, 75 mcg/hr patch, 87.5 mcg/hr patch, 100 mcg/hr patch)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone bitartrate er (er 10 mg capsule, er 15 mg capsule, er 20 mg capsule, er 30 mg capsule, er 40 mg capsule, er 50 mg capsule)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>levorphanol tartrate (2 mg tablet, 3 mg tablet)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>methadone hcl 10 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>methadone hcl 5 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate er (er 15 mg tablet, er 30 mg tablet, er 60 mg tablet, er 100 mg tablet, er 200 mg tablet)</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 23

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tramadol hcl er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>xyvona (2 mg tablet, 3 mg tablet)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
Opioid Analgesics, Short-acting		
<i>acetaminophen-codeine #4 tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>acetaminophen-codeine (#2 tablet, #3 tablet)</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>acetaminophen-codeine (acetamin-codein 300-30 mg/12.5, acetaminop-codeine 120-12 mg/5)</i>	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml spray</i>	1	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>codeine sulfate (15 mg tablet, 30 mg tablet, 60 mg tablet)</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ENDOCET (2.5-325 MG TABLET, 5-325 MG TABLET)	1	QL (360 PER 30 DAYS)
ENDOCET 10-325 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ENDOCET 7.5-325 MG TABLET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>fentanyl citrate (cit 1,600 mcg, citrate 200 mcg, citrate 400 mcg, citrate 800 mcg)</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-acetaminophen (5-300 mg, 5-325 mg)</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-acetaminophen (7.5, 7.5, 10-300 mg, 10-325 mg)</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-acetaminophen (hydrocodone-acetamin 2.5-108/5, hydrocodone-acetamin 5-217/10, hydrocodone-acetamn 7.5-325/15)</i>	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-ibuprofen (5-200 mg, 7.5, 10)</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>hydromorphone hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5 ml soln)</i>	1	QL (1440 PER 30 DAYS)
<i>hydromorphone hcl (10 mg/ml ampule, 10 mg/ml vial, 50 mg/5 ml amp, 50 mg/5 ml vial, 500 mg/50 ml vl)</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 25

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>hydromorphone hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet)</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate (10 mg/5 ml cup, 10 mg/5 ml soln)</i>	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate 100 mg/5 ml conc</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate 20 mg/5 ml soln</i>	1	QL (1350 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate ir 15 mg tab</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate ir 30 mg tab</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone hcl ((ir) 10 mg tab, (ir) 15 mg tab, (ir) 20 mg tab, (ir) 30 mg tab)</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone hcl (ir) 5 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone-acetaminophen (oxycodone-acetaminophen 5-325, oxycodone-acetaminophn 2.5-325)</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone-acetaminophen 10</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone-acetaminophen oxycodone-acetaminophn 7.5-325</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 26

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ROXICODONE (15 MG TABLET, 30 MG TABLET)	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>tramadol hcl 50 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tramadol hcl-acetaminophen tramadol-acetaminophn 37.5-325</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)

Anesthetics

Local Anesthetics

<i>dermacinrx lidocan 5% patch</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5% ointment</i>	1	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5% patch</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine hcl 2% viscous soln</i>	1	
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine hcl laryngotracheal 4% solution</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 27

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>lidocaine hcl viscous (2% 15 ml cup, 2% soln)</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine cream</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lidocan iii 5% patch</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lidocan iv 5% patch</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lidocan v 5% patch</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZTLIDO 1.8% TOPICAL SYSTEM	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

Anti-Addiction/ Substance Abuse Treatment Agents

Alcohol Deterrents/ Anti-craving

<i>acamprosate calcium dr 333 mg tab</i>	1	
<i>disulfiram (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	1	

Opioid Dependence

<i>buprenorphine hcl 2 mg tablet sl</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine hcl 8 mg tablet sl</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 28

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>buprenorphine-naloxone (2-0.5mg fm, 2-0.5mg tb)</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine-naloxone (8-2 mg tab, 8-2mg film)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine-naloxone 12-3mg flm</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine-naloxone 4-1mg film</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>naltrexone hcl 50 mg tablet</i>	1	
SUBOXONE 12 MG-3 MG SL FILM	1	QL (90 PER 30 DAYS)
SUBOXONE 2 MG-0.5 MG SL FILM	1	QL (480 PER 30 DAYS)
SUBOXONE 4 MG-1 MG SL FILM	1	QL (240 PER 30 DAYS)
SUBOXONE 8 MG-2 MG SL FILM	1	QL (120 PER 30 DAYS)
VIVITROL (380 MG VIAL, 380 MG VIAL-DILUENT)	1	
Opioid Reversal Agents		
KLOXXADO 8 MG NASAL SPRAY	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 29

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml syringe, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial, hcl 4 mg nasal spray)</i>	1	
NARCAN 4 MG NASAL SPRAY	1	
OPVEE 2.7 MG NASAL SPRAY	1	
REXTOVY 4 MG NASAL SPRAY	1	
Smoking Cessation Agents		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	1	
NICOTROL CARTRIDGE INHALER	1	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	1	
<i>varenicline tartrate (apo-varenicline 0.5 mg tablet, apo-varenicline 1 mg tablet, varenicline 0.5 mg tablet, varenicline 1 mg cont month bx, varenicline 1 mg tablet, varenicline starting month box)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Antibacterials

Aminoglycosides

<i>amikacin sulfate (1 gram/4 ml vial, 500 mg/2 ml vial, 1,000 mg/4 ml vial)</i>	1	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML VIAL	1	PA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
<i>gentamicin sulfate (80 mg/2 ml vial, 800 mg/20 ml vial)</i>	1	
<i>gentamicin sulfate in ns (iso 100 mg/100 ml, iso 120 mg/100 ml, isoton 60 mg/50 ml, isoton 80 mg/100 ml, isoton 80 mg/50 ml)</i>	1	
HUMATIN 250 MG CAPSULE	1	
<i>neomycin sulfate 500 mg tablet</i>	1	
<i>streptomycin sulfate 1 gm vial</i>	1	
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm vial, 1.2 gram/30 ml vial, 20 mg/2 ml vial, 40 mg/ml vial, 80 mg/2 ml vial, 1,200 mg/30 ml vial)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Antibacterials, Other		
AZACTAM (1 GM VIAL, 2 GM VIAL)	1	
<i>aztreonam (1 gm vial, 2 gm vial)</i>	1	
CLEOCIN 2% VAGINAL CREAM	1	
CLEOCIN HCL (75 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	1	
CLEOCIN PHOSPHATE (9 G/60 ML VIAL, 150 MG/ML VIAL, 300 MG/2 ML VIAL, 600 MG/4 ML VIAL, 900 MG/6 ML VIAL)	1	
CLEOCIN T 1% LOION	1	
<i>clindacin etz 1% pledget</i>	1	
<i>clindacin p 1% ledgets</i>	1	
<i>clindamycin (pediatric) (pedi) 75 mg/5 ml</i>	1	
<i>clindamycin hcl (75 mg capsule, 150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>clindamycin phosphate (ph 1% gel, ph 1% solution, 2% vaginal cream, ph 9 g/60 ml vial, ph 300 mg/2 ml vl, ph 600 mg/4 ml vl, ph 900 mg/6 ml vl, phos 1% pledget, phosp 1% lotion, phosphate 1% gel)</i>	1	
<i>clindamycin phosphate-d5w (300 mg/50, 600 mg/50, 900 mg/50)</i>	1	
<i>clindamycin-0.9% nacl (300 mg/50, 600 mg/50, 900 mg/50)</i>	1	
<i>colistimethate 150 mg vial</i>	1	
<i>dalbavancin hcl 500 mg vial</i>	1	
DALVANCE 500 MG VIAL	1	
<i>daptomycin 500 mg vial</i>	1	
<i>fosfomicin tromethamine 3 gm sachet</i>	1	
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE	1	
<i>linezolid (100 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>linezolid-0.9% nacl 600mg/300ml-0.9%nacl</i>	1	
<i>linezolid-d5w 600 mg/300 ml-d5w</i>	1	
<i>methenamine hippurate 1 gm tablet</i>	1	
METRO IV 500 MG/100 ML	1	
<i>metronidazole (vaginal 0.75% gl, 250 mg tablet, 375 mg capsule, 500 mg tablet, 500 mg/100 ml)</i>	1	
<i>nitrofurantoin (50 mg cap, 100 mg cap)</i>	1	
<i>nitrofurantoin mono-macro mono-mcr 100 mg</i>	1	
SIVEXTRO 200 MG TABLET	1	PA
SIVEXTRO 200 MG VIAL	1	
<i>tigecycline 50 mg vial</i>	1	
<i>tinidazole (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	1	
<i>trimethoprim 100 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TYGACIL 50 MG VIAL	1	
<i>vancomycin hcl (1 gm add-van vial, 1 gm vial, hcl 5 gm vial, hcl 10 gm vial, hcl 100 gm smartpak, 500 mg add-van vial, 500 mg vial, 750 mg add-van vial, hcl 750 mg vial)</i>	1	
<i>vancomycin hcl 125 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>vancomycin hcl 250 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ZYVOX (100 MG/5 ML SUSPENSION, 600 MG TABLET)	1	PA
ZYVOX 600 MG/300 ML-D5W	1	

Beta-lactam, Cephalosporins

<i>ceftiofur (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	1	
<i>cefadroxil (1 gm tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg/5 ml susp)</i>	1	
<i>cefazolin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 10 gm vial, 20 gm bulk vial, sod 100 gm bulk bag, sod 300 gm bulk bag, 500 mg</i>	1	

— Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

vial)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>cefazolin sodium-dextrose 1 g/50 ml-dextrose</i>	1	
<i>cefdinir (125 mg/5 ml susp, 250 mg/5 ml susp, 300 mg capsule)</i>	1	
<i>cefepime (1 gm, 2 gm)</i>	1	
<i>cefepime hcl (1 gm vial, 2 gram vial)</i>	1	
<i>cefepime-dextrose (1 gm/50 ml, 2 gm/50 ml)</i>	1	
<i>cefixime 400 mg capsule</i>	1	
<i>cefoxitin (1 gm vial, 2 gm vial, 10 gm vial)</i>	1	
<i>cefoxitin sodium (1 gm, 2 gm)</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil (50 mg/5 ml susp, 100 mg tablet, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)</i>	1	
<i>cefprozil (125 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ceftaroline fosamil (400 mg, 600 mg)</i>	1	
<i>ceftazidime (1 gm vial, 2 gm vial, 6 gm vial)</i>	1	
<i>ceftriaxone (1 gm add-vant vial, 1 gm piggyback, 1 gm vial, 1 gm-d5w bag, 2 gm add vial, 2 gm piggyback, 2 gm vial, 2 gm-d5w bag, 10 gm vial, 100 gram bulk bag, 250 mg vial, 500 mg vial)</i>	1	
<i>cefuroxime (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	1	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm vial, 750 mg vial)</i>	1	
<i>cephalexin (125 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 750 mg capsule)</i>	1	
<i>tazicef (1 gm add-vantage vial, 1 gram vial, 2 gm add-vantage vial, 2 gram vial, 6 gram vial)</i>	1	
TEFLARO (400 MG VIAL, 600 MG VIAL)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Beta-lactam, Penicillins

<i>amoxicillin (125 mg tab chew, 125 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tab chew, 250 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet, 875 mg tablet)</i>	1	
<i>amoxicillin-clavulanate pot er amox-clav 1,000-62.5 mg tab</i>	1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass (200-28.5 mg/5 ml sus, 250-125 mg tablet, 250-62.5 mg/5 ml sus, 400-57 mg/5 ml susp, 500-125 mg tablet, 600-42.9 mg/5 ml sus, 875-125 mg tablet)</i>	1	
<i>ampicillin sodium (1 gm add-vantage vl, 1 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm vial)</i>	1	
<i>ampicillin trihydrate 500 mg capsule</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam (ampicillin-sulb 3 gm add vial, ampicillin-sulbactam 3 gm vial)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
BICILLIN L-A (600,000 UNIT/ML, 1,200,000 UNITS, 2,400,000 UNITS)	1	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	1	
<i>nafcillin 2 gm/ 100 ml inj</i>	1	
<i>nafcillin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 2 gm add-vant vial, 2 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm bulk vial)</i>	1	
<i>penicillin g potassium (5 million, 20 million)</i>	1	
<i>penicillin g sodium na 5 million unit</i>	1	
<i>penicillin gk-iso-osm dextrose (2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml)</i>	1	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5 ml soln, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml soln, 500 mg tablet)</i>	1	
<i>pfizerpen (5 million vial, 20 million vial)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>piperacillin-tazobactam (piperacil-tazo 2.25 gm add vl, piperacil-tazo 3.375 gm add vl, piperacil-tazo 4.5 gm add vial, piperacil-tazobact 2.25 gm vl, piperacil-tazobact 3.375 gm vl, piperacil-tazobact 4.5 gm vial, piperacillin-tazo 2.25 g dplx, piperacillin-tazo 3.375 g dplx, piperacillin-tazo 4.5 g duplex)</i>	1	
ZOSYN 2.25 GM/50 ML GALAXY BAG	1	
Carbapenems		
<i>ertapenem 1 gram vial</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin sodium (250 mg, 500 mg)</i>	1	
<i>meropenem (1 gm vial, 500 mg vial)</i>	1	
<i>meropenem-0.9% nacl (1 gram/50, 500 mg/50)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Macrolides

<i>azithromycin (1 gm pwd packet, 100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 500 mg add-van vl, 500 mg tablet, 600 mg tablet, i.v. 500 mg vial)</i>	1	
<i>clarithromycin (125 mg/5 ml sus, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml sus, 500 mg tablet)</i>	1	
<i>clarithromycin er 500 mg tab</i>	1	
DIFICID 200 MG TABLET	1	QL (20 PER 10 OVER TIME)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	1	QL (136 PER 10 OVER TIME)
E.E.S. 200 MG/5 ML SUSPENSION	1	
<i>ery 2% pads</i>	1	
ERY-TAB (DR 250 MG TABLET, DR 333 MG TABLET, DR 500 MG TABLET)	1	
ERYPED 200 MG/5 ML SUSPENSION	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ERYPED 400 MG/5 ML SUSPENSION	1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE (500 MG ADDVAN VIAL, LACT 500 MG VIAL)	1	
<i>erythromycin (2% solution, 250 mg tablet, dr 250 mg cap, dr 250 mg tablet, dr 333 mg tablet, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet)</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml)</i>	1	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg vial</i>	1	
<i>fidaxomicin 200 mg tablet</i>	1	QL (20 PER 10 OVER TIME)
ZITHROMAX (100 MG/5 ML SUSP, 200 MG/5 ML SUSP, 250 MG TABLET, 250 MG Z- PAK TABLET, 500 MG TABLET, I.V. 500 MG VIAL)	1	
ZITHROMAX TRI-PAK 500 MG TAB	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/04/2026 abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 42

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Quinolones		
CIPRO (5% SUSPENSION, 10% SUSPENSION, 250 MG TABLET, 500 MG TABLET)	1	
<i>ciprofloxacin hcl (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	1	
<i>ciprofloxacin-d5w (200 mg/100ml-d5w, 400 mg/200ml-d5w)</i>	1	
<i>levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 750 mg tablet)</i>	1	
<i>levofloxacin-d5w (250 mg/50, 500 mg/100, 750 mg/150)</i>	1	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tablet</i>	1	
<i>ofloxacin 400 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Sulfonamides

BACTRIM 400-80 MG TABLET	1	
BACTRIM DS 800-160 MG TABLET	1	
<i>sulfadiazine 500 mg tablet</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (20 ml cup, ds tablet, ss tablet, susp)</i>	1	

Tetracyclines

<i>avidoxy 100 mg tablet</i>	1	
<i>demeclocycline hcl (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1	
<i>doxy 100 mg vial</i>	1	
<i>doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg vial)</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate (50 mg cap, 50 mg tablet, 75 mg capsule, 75 mg tablet, 100 mg cap, 100 mg tablet, 150 mg cap, 150 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>minocycline hcl (50 mg capsule, hcl 50 mg tablet, 75 mg capsule, hcl 75 mg tablet, 100 mg capsule, hcl 100 mg tablet)</i>	1	
<i>mondoxyne nl 100 mg capsule</i>	1	
<i>tetracycline hcl (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	1	

Anticonvulsants

Anticonvulsants, Other

BRIVIACT (10 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (600 PER 30 DAYS)
DEPAKOTE (DR 125 MG TABLET, DR 250 MG TABLET, DR 500 MG TABLET)	1	
DEPAKOTE ER (ER 250 MG TABLET, ER 500 MG TABLET)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
DEPAKOTE SPRINKLE DR 125 MG CP	1	
DIACOMIT (250 MG CAPSULE, 250 MG POWDER PACKET, 500 MG CAPSULE, 500 MG POWDER PACKET)	1	
<i>divalproex sodium (dr 125 mg cap sprnk, sod dr 125 mg tab, sod dr 250 mg tab, sod dr 500 mg tab)</i>	1	
<i>divalproex sodium er (er 250 mg tab, er 500 mg tab)</i>	1	
EPIDIOLEX (100 MG/ML SOLN PACK, 100 MG/ML SOLUTION)	1	PA
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	1	
<i>felbamate (400 mg tablet, 600 mg tablet, 600 mg/5 ml susp, 600 mg/5 ml susp cup)</i>	1	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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 (5 MG DISPER TABLET, 25 MG DISPER TABLET, 25 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	1	
LAMICTAL (BLUE) TAB START KIT	1	
<i>lamotrigine (5 mg disper tablet, 25 mg disper tab, 25 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/04/2026 abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 47

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>lamotrigine (blue) tab start kit-blue</i>	1	
<i>lamotrigine er (er 25 mg tablet, er 50 mg tablet, er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet)</i>	1	
<i>levetiracetam (100 mg/ml soln, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/5 ml cup, 500 mg/5 ml soln, 750 mg tablet, 1,000 mg tablet, 1,000mg/10ml cup)</i>	1	
<i>levetiracetam er (er 500 mg tablet, er 750 mg tablet)</i>	1	
<i>perampanel (2 mg tablet, 4 mg tablet, 6 mg tablet, 8 mg tablet, 10 mg tablet, 12 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>perampanel 0.5 mg/ml oral susp</i>	1	QL (680 PER 28 DAYS)
<i>roweepra 500 mg tablet</i>	1	
SPRITAM (250 MG TABLET, 500 MG TABLET, 750 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>subvenite (blue) tab start kit</i>	1	
<i>subvenite (subvenite 100 mg tablet, subvenite 150 mg tablet, subvenite 10 mg/ml suspension, subvenite 25 mg tablet, subvenite 200 mg tablet)</i>	1	
<i>topiramate (15 mg sprinkle cap, 25 mg sprinkle cap, 25 mg tablet, 25 mg/ml solution, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	1	
<i>valproic acid (250 mg capsule, 250 mg/5 ml cup, 250 mg/5 ml soln, 500 mg/10 ml cup, 500 mg/10 ml sol)</i>	1	
Calcium Channel Modifying Agents		
CELONTIN 300 MG CAPSULE	1	
<i>ethosuximide (250 mg capsule, 250 mg/5 ml soln)</i>	1	
<i>methsuximide 300 mg capsule</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ZARONTIN 250 MG CAPSULE	1	
Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Modulating Agents		
<i>clobazam (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>diazepam (2.5mg gel(2pk), 10 mg gel syrg, 10mg gel (2pk), 20 mg gel syrg, 20mg gel (2pk))</i>	1	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin (250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup)</i>	1	QL (2160 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg capsule</i>	1	QL (1080 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg capsule</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg capsule</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 600 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 800 mg tablet</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 50

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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 (50 MG TABLET, 250 MG TABLET)	1	
NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 51

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
NEURONTIN 600 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 800 MG TABLET	1	QL (135 PER 30 DAYS)
ONFI (10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ONFI 2.5 MG/ML SUSPENSION	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>phenobarbital (15 mg tablet, 16.2 mg tablet, 20 mg/5 ml cup, 20 mg/5 ml elix, 20 mg/5 ml soln, 30 mg tablet, 30 mg/7.5 ml cup, 32.4 mg tablet, 60 mg tablet, 60 mg/15 ml cup, 64.8 mg tablet, 97.2 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	
<i>pregabalin (225 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	1	QL (900 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>primidone (50 mg tablet, 125 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	1	
SABRIL (500 MG POWDER PACKET, 500 MG TABLET)	1	QL (180 PER 30 DAYS)
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SYMPAZAN 5 MG FILM	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tiagabine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet, 12 mg tablet, 16 mg tablet)</i>	1	
VALTOCO (5 MG SPRAY, 10 MG SPRAY, 15 MG SPRAY, 20 MG SPRAY)	1	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>vigabatrin (500 mg powder packet, 500 mg tablet)</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>vigadrone (500 mg powder packet, 500 mg tablet)</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
VIGAFYDE 100 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (750 PER 30 DAYS)
<i>vigpoder 500 mg powder packet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	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 (40 MG/ML SUSPENSION, 200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	1	
<i>carbamazepine (100 mg tab chew, 100 mg/5 ml cup, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet, 200 mg/10 ml cup)</i>	1	
<i>carbamazepine er (er 100 mg cap, er 100 mg tablet, er 200 mg cap, er 200 mg tablet, er 300 mg cap, er 400 mg tablet)</i>	1	
CARBATROL (ER 100 MG CAPSULE, ER 200 MG CAPSULE, ER 300 MG CAPSULE)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
DILANTIN (DILANTIN 30 MG CAPSULE, DILANTIN 30 MG CAPSULE, DILANTIN 100 MG CAPSULE, DILANTIN 100 MG CAPSULE, DILANTIN 50 MG INFATAB)	1	
DILANTIN-125 MG/5 ML SUSP	1	
<i>epitol 200 mg tablet</i>	1	
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>eslicarbazepine acetate (600 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 50 mg tablet, 50 mg/5 ml cup, 100 mg tablet, 100 mg/10 ml cup, 150 mg tablet, 150 mg/15 ml cup, 200 mg tablet, 200 mg/20 ml cup)</i>	1	
<i>oxcarbazepine (150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/5 ml cup, 300 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PHENYTEK (200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	1	
<i>phenytoin (50 mg infatab chew, 50 mg tablet chew, 100 mg/4 ml susp cup, 125 mg/5 ml susp)</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	1	
<i>rufinamide (40 mg/ml suspension, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	1	
TEGRETOL (100 MG/5 ML SUSP, 200 MG TABLET)	1	
TEGRETOL XR (100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	1	
TRILEPTAL (150 MG TABLET, 300 MG TABLET, 300 MG/5 ML SUSP, 600 MG TABLET)	1	
VIMPAT (10 MG/ML SOLUTION, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG	1	

— Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

TABLET)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
XCOPRI (12.5-25 MG TITRATION PK, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 50-100 MG TITRATION PAK, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 150-200 MG TITRATION PK, 200 MG TABLET, 250 MG DAILY DOSE PACK, 350 MG DAILY DOSE PACK)	1	
ZONEGRAN (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	1	
ZONISADE 100 MG/5 ML ORAL SUSP	1	
<i>zonisamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	1	

Antidementia Agents

Cholinesterase Inhibitors

ADLARITY (5 MG/DAY PATCH, 10MG/DAY PATCH)	1	
---	---	--

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ARICEPT (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	
<i>donepezil hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 23 mg tablet)</i>	1	
<i>donepezil hcl odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet)</i>	1	
EXELON (4.6 MG/24HR PATCH, 9.5 MG/24HR PATCH, 13.3 MG/24HR PATCH)	1	
<i>galantamine er (er 8 mg capsule, er 16 mg capsule, er 24 mg capsule)</i>	1	
<i>galantamine hbr (4 mg tablet, 8 mg tablet, 12 mg tablet)</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide 4 mg/ml oral soln</i>	1	
<i>rivastigmine (1.5 mg capsule, 3 mg capsule, 4.5 mg capsule, 4.6 mg/24hr patch, 6 mg capsule, 9.5 mg/24hr patch, 13.3 mg/24hr ptch)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

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

<i>memantine hcl (hcl 2 mg/ml solution, 5-10 mg titration pk, hcl 5 mg tablet, hcl 10 mg tablet, hcl 10 mg/5 ml cup)</i>	1	PA
<i>memantine hcl er (er 7 mg capsule, er 14 mg capsule, er 21 mg capsule, er 28 mg capsule)</i>	1	PA

Antidepressants

Antidepressants, Other

AUVELITY ER 45-105 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr (150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 150mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 59

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>bupropion xl hcl 150 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion xl hcl 300 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EXXUA (ER 18.2 MG TABLET, ER 36.3 MG TABLET, ER 54.5 MG TABLET, ER 72.6 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EXXUA ER 18.2 MG TAB (TITRATN)	1	QL (32 PER 30 OVER TIME)
<i>mirtazapine (7.5 mg tablet, 15 mg odt, 30 mg odt, 30 mg tablet, 45 mg odt, 45 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>mirtazapine 15 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
REMERON (15 MG SOLTAB, 30 MG SOLTAB, 30 MG TABLET, 45 MG SOLTAB)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REMERON 15 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN SR (SR 150 MG TABLET, SR 200 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 60

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
WELLBUTRIN SR 100 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN XL 150 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN XL 300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZURZUVAE (20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	1	QL (28 PER 365 OVER TIME)
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	1	QL (14 PER 365 OVER TIME)
Monoamine Oxidase Inhibitors		
EMSAM (6 MG/24 PATCH, 9 MG/24 PATCH, 12 MG/24 PATCH)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
MARPLAN 10 MG TABLET	1	
NARDIL 15 MG TABLET	1	
PARNATE 10 MG TABLET	1	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 61

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	1	
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibito		
CELEXA (10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
CELEXA 40 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>citalopram hbr (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>citalopram hbr (10 mg/5 ml soln, 20 mg/10 ml cup)</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>citalopram hbr 40 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CYMBALTA (20 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
CYMBALTA 30 MG CAPSULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg, er 50 mg, er 100mg)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DRIZALMA SPRINKLE (DR 20 MG CAP, DR 40 MG CAP, DR 60 MG CAP)	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl (dr 20 mg cap, dr 60 mg cap)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl dr 30 mg cap</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
EFFEXOR XR 150 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EFFEXOR XR 37.5 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
EFFEXOR XR 75 MG CAPSULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (oxalate 5 mg/5 ml, 10 mg/10 ml cup)</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate 20 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FETZIMA (ER 20 MG CAPSULE, ER 40 MG CAPSULE, ER 80 MG CAPSULE, ER 120 MG CAPSULE)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	1	QL (28 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>fluoxetine dr 90 mg capsule</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fluoxetine hcl (10 mg capsule, 10 mg tablet)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine hcl (20 mg capsule, 20 mg tablet)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine hcl (20 mg/5 ml soln cup, 20 mg/5 ml solution)</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
LEXAPRO (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
LEXAPRO 20 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>nefazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	1	
<i>paroxetine cr (25 mg tablet, 37.5 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>paroxetine cr 12.5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine er (er 25 mg tablet, er 37.5 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine er 12.5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl (10 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp</i>	1	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl 20 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PAXIL (10 MG TABLET, 40 MG TABLET)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
PAXIL 20 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PAXIL 30 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PRISTIQ (ER 25 MG TABLET, ER 50 MG TABLET, ER 100 MG TABLET)	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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 65

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
PROZAC 40 MG PULVULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	1	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>sertraline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sertraline hcl 20 mg/ml oral conc</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>trazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1	
TRINTELLIX (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine besylate er 112.5 mg tb</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (25 mg tablet, 37.5 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
VIIBRYD (10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>vilazodone hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZOLOFT (25 MG TABLET, 50 MG TABLET)	1	QL (45 PER 30 DAYS)
ZOLOFT 100 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ZOLOFT 20 MG/ML ORAL CONC	1	QL (300 PER 30 DAYS)

Tricyclics

<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	1	
<i>amoxapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	1	
<i>clomipramine hcl (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>desipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	1	
<i>doxepin hcl (10 mg capsule, 10 mg/ml oral conc, 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule)</i>	1	
<i>imipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	
NORPRAMIN (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	1	
<i>nortriptyline hcl (10 mg/5 ml soln, hcl 10 mg cap, hcl 25 mg cap, hcl 50 mg cap, hcl 75 mg cap)</i>	1	
<i>protriptyline hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
<i>trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cp)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Antiemetics

Antiemetics, Other

<i>chlorpromazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 30 mg/ml conc, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 100 mg/ml conc, 200 mg tablet)</i>	1	PA
<i>compro 25 mg suppository</i>	1	
<i>meclizine hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	1	
<i>perphenazine (2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tablet)</i>	1	PA
<i>prochlorperazine 25 mg supp</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate (5 mg tablet, 10 mg tab)</i>	1	
<i>promethazine hcl (6.25 mg/5 ml cup, 6.25 mg/5 ml soln, 6.25 mg/5 ml syrp, 12.5 mg suppos, 12.5 mg tablet, 12.5 mg/10 ml cup, 25 mg suppository, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>promethegan (12.5 mg suppos, 25 mg suppository)</i>	1	PA
<i>scopolamine 1 mg/3 day patch</i>	1	PA
Emetogenic Therapy Adjuncts		
<i>aprepitant (40 mg capsule, 80 mg capsule, 125 mg capsule, 125-80-80 mg pack)</i>	1	PA
<i>dronabinol (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	1	PA
EMEND (80 MG CAPSULE, TRIPACK)	1	PA
<i>granisetron hcl 1 mg tablet</i>	1	PA
<i>ondansetron hcl (4 mg/5 ml soln cup, 4 mg/5 ml solution, hcl 4 mg tablet, hcl 8 mg tablet)</i>	1	
<i>ondansetron odt (odt 4 mg tablet, odt 8 mg tablet)</i>	1	
Antifungals		
AMBISOME 50 MG VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 70

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>amphotericin b 50 mg vial</i>	1	PA
<i>amphotericin b liposome 50 mg</i>	1	PA
CANCIDAS (IV 50 MG VIAL, IV 70 MG VIAL)	1	
<i>casposungin acetate (50 mg vial, 70 mg vial)</i>	1	
<i>ciclodan 8% solution</i>	1	QL (6.6 PER 30 DAYS)
<i>ciclopirox (0.77% cream, 0.77% gel, 0.77% topical susp, 1% shampoo)</i>	1	
<i>ciclopirox 8% solution</i>	1	QL (6.6 PER 30 DAYS)
<i>clotrimazole (1% solution, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche)</i>	1	
CRESEMBA (74.5 MG CAPSULE, 186 MG CAPSULE)	1	PA
DIFLUCAN 40 MG/ML SUSPENSION	1	
<i>econazole nitrate 1% cream</i>	1	
<i>fluconazole (10 mg/ml susp, 40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 71

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>fluconazole-nacl (200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml)</i>	1	
<i>flucytosine (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	1	PA
<i>griseofulvin (125 mg/5 ml susp, micro 500 mg tab)</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	1	
<i>itraconazole 100 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ketoconazole (2% cream, 2% shampoo, 200 mg tablet)</i>	1	
<i>klayesta 100,000 unit/gm powd</i>	1	
<i>micafungin (50 mg vial, 100 mg vial)</i>	1	
NOXAFIL (40 MG/ML SUSPENSION, DR 100 MG TABLET, 300 MG POWDERMIX SUSP)	1	PA
<i>nyamyc 100,000 unit/gm powder</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 72

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>nystatin (100,000 unit/gm cream, 100,000 unit/gm oint, 100,000 unit/gm powd, 100,000 unit/ml susp, 500,000 unit oral tab, 500,000 unit/5 ml cup, 500,000 unit/5 ml sus)</i>	1	
<i>nystop 100,000 unit/gm powder</i>	1	
<i>posaconazole (dr 100 mg tablet, 200 mg/5 ml susp, 300 mg/16.7 ml vl)</i>	1	PA
SPORANOX 100 MG CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>terbinafine hcl 250 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>terconazole (0.4% cream, 0.8% cream, 80 mg suppository)</i>	1	
VFEND IV 200 MG VIAL	1	PA
<i>voriconazole (40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 200 mg tablet, 200 mg vial)</i>	1	PA
<i>voriconazole (hpbcd) 200 mg vl</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 73

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Antigout Agents

<i>allopurinol (100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1	
<i>colchicine 0.6 mg tablet</i>	1	
<i>febuxostat (40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>probenecid 500 mg tablet</i>	1	
<i>probenecid-colchicine tablet</i>	1	

Antimigraine Agents

<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml spry</i>	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
<i>ergotamine-caffeine 1-100mg tb</i>	1	

Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Receptor Antagonists

AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML	1	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML	1	PA, QL (2 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 74

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
EMGALITY PEN 120 MG/ML	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 75 MG TABLET	1	PA, QL (16 PER 30 DAYS)
Serotonin (5-HT) Receptor Agonist		
IMITREX (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	QL (18 PER 30 DAYS)
IMITREX (4 MG/0.5 ML CARTRIDGES, 4 MG/0.5 ML PEN INJECT, 6 MG/0.5 ML CARTRIDGES, 6 MG/0.5 ML PEN INJECT)	1	QL (6 PER 30 DAYS)
MAXALT 10 MG TABLET	1	ST, QL (18 PER 30 DAYS)
MAXALT MLT 10 MG TABLET	1	ST, QL (18 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 75

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>naratriptan hcl (1 mg tablet, 2.5 mg tablet)</i>	1	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>rizatriptan (5 mg odt, 5 mg tablet, 10 mg odt, 10 mg tablet)</i>	1	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan (5 mg, 20 mg)</i>	1	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5 ml cart, 4 mg/0.5 ml inject, 6 mg/0.5 ml cart, 6 mg/0.5ml autoinj)</i>	1	QL (6 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml vial</i>	1	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>zolmitriptan odt (2.5 mg odt, 5 mg odt)</i>	1	QL (12 PER 30 DAYS)

Antimyasthenic Agents

Parasympathomimetics

MESTINON (60 MG TABLET, 60 MG/5 ML SOLUTION, 180 MG TIMESPAN)	1	
---	---	--

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>pyridostigmine bromide (60 mg/5 ml cup, 60 mg/5 ml soln, br 60 mg tablet)</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab</i>	1	
Antimycobacterials		
Antimycobacterials, Other		
<i>dapsone (25 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	
<i>rifabutin 150 mg capsule</i>	1	
Antituberculars		
<i>cycloserine 250 mg capsule</i>	1	
<i>ethambutol hcl (100 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	1	
<i>isoniazid (50 mg/5 ml solution, 100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1	
PRETOMANID 200 MG TABLET	1	
PRIFTIN 150 MG TABLET	1	
<i>pyrazinamide 500 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>rifampin (150 mg capsule, 300 mg capsule, iv 600 mg vial)</i>	1	
SIRTURO (20 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	
Antineoplastics		
Alkylating Agents		
<i>cyclophosphamide (25 mg capsule, 25 mg tablet, 50 mg capsule, 50 mg tablet)</i>	1	PA
GLEOSTINE (10 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	1	
LEUKERAN 2 MG TABLET	1	
<i>lomustine (10 mg capsule, 40 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	1	
MATULANE 50 MG CAPSULE	1	PA
VALCHLOR 0.016% GEL	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 17 78

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Antiandrogens		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>abirtega 250 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>bicalutamide 50 mg tablet</i>	1	
CASODEX 50 MG TABLET	1	
ERLEADA 240 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ERLEADA 60 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
EULEXIN 125 MG CAPSULE	1	
NILANDRON 150 MG TABLET	1	
<i>nilutamide 150 mg tablet</i>	1	
NUBEQA 300 MG TABLET	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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 79

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Antiangiogenic Agents

<i>lenalidomide (15 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
<i>lenalidomide (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
POMALYST (1 MG CAPSULE, 2 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
THALOMID (150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
THALOMID 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
THALOMID 50 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

Antiestrogens/Modifiers

FARESTON 60 MG TABLET	1	
INLURIYO 200 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ORSERDU 345 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ORSERDU 86 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLN	1	
<i>tamoxifen citrate (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	1	
Antimetabolites		
<i>mercaptopurine (20 mg/ml suspen, 50 mg tablet)</i>	1	
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSP	1	
TABLOID 40 MG TABLET	1	
Antineoplastics, Other		
AVMAPKI-FAKZYNJA CO-PACK	1	PA, QL (66 PER 28 DAYS)
HYDREA 500 MG CAPSULE	1	
<i>hydroxyurea 500 mg capsule</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 81

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET	1	PA, QL (5 PER 28 DAYS)
IWILFIN 192 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG	1	PA, QL (49 PER 28 DAYS)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG	1	PA, QL (70 PER 28 DAYS)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG	1	PA, QL (91 PER 28 DAYS)
<i>leucovorin calcium (calcium 5 mg tab, calcium 10 mg tab, calcium 15 mg tab, calcium 25 mg tab, lederle 5 mg tablet)</i>	1	
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET	1	PA, QL (100 PER 28 DAYS)
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET	1	PA, QL (80 PER 28 DAYS)
LYSODREN 500 MG TABLET	1	
ONUREG (200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	1	PA, QL (14 PER 28 DAYS)
ORGOVYX 120 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 17 y 82

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
XPOVIO (40 MG TWICE, 80 MG ONCE, 100 MG ONCE)	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XPOVIO (40 MG, 60 MG)	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	1	PA, QL (16 PER 28 DAYS)
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY DOSE	1	PA, QL (24 PER 28 DAYS)
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY DOSE	1	PA, QL (32 PER 28 DAYS)
ZOLINZA 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Aromatase Inhibitors, 3rd Generation

<i>anastrozole 1 mg tablet</i>	1	
ARIMIDEX 1 MG TABLET	1	
AROMASIN 25 MG TABLET	1	
<i>exemestane 25 mg tablet</i>	1	
FEMARA 2.5 MG TABLET	1	
<i>letrozole 2.5 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Molecular Target Inhibitors

AFINITOR (2.5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AFINITOR 5 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AFINITOR DISPERZ (2 MG TABLET, 5 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AFINITOR DISPERZ 3 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
AKEEGA (50-500 MG TABLET, 100-500 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ALECENSA 150 MG CAPSULE	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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
AUGTYRO 40 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
AYVAKIT (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 85

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BRUKINSA 80 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
CABOMETYX (20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
CALQUENCE 100 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CAPRELSA 100 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CAPRELSA 300 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
COMETRIQ 100 MG DAILY-DOSE PK	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
COMETRIQ 140 MG DAILY-DOSE PK	1	PA, QL (112 PER 28 DAYS)
COMETRIQ 60 MG DAILY-DOSE PACK	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
COPIKTRA (15 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
COTELLIC 20 MG TABLET	1	PA, QL (63 PER 28 DAYS)
DANZITEN (71 MG TABLET, 95 MG TABLET)	1	PA, QL (112 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/04/2026 abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 86

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>dasatinib (50 mg tablet, 70 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg tablet, 140 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dasatinib 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
DAURISMO 100 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAURISMO 25 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ENSACOVE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>erlotinib hcl (100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>erlotinib hcl 25 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>everolimus (2 mg tab for susp, 5 mg tab for susp, 5 mg tablet)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>everolimus (2.5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>everolimus 3 mg tab for susp</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
FOTIVDA (0.89 MG CAPSULE, 1.34 MG CAPSULE)	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 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>gefitinib 250 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GILOTRIF (20 MG TABLET, 30 MG TABLET, 40 MG TABLET)	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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
HERNEXEOS 60 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 60 DAYS)
HYRNUO 10 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
IBRANCE (75 MG CAPSULE, 75 MG TABLET, 100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET, 125 MG CAPSULE, 125 MG TABLET)	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
IBTROZI 200 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ICLUSIG (10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
IDHIFA (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
IMBRUVICA (70 MG CAPSULE, 140 MG TABLET, 280 MG TABLET, 420 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	1	PA, QL (324 PER 30 DAYS)
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	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 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
IRESSA 250 MG TABLET	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 (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 25 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

— Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 90

TABLET)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
JAYPIRCA 100 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
JAYPIRCA 50 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
KISQALI 400 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (42 PER 28 DAYS)
KISQALI 600 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (63 PER 28 DAYS)
KOMZIFTI 200 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
KOSELUGO 5 MG SPRINKLE CAPSULE	1	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
KOSELUGO 7.5 MG SPRINKLE CAP	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
KRAZATI 200 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>lapatinib 250 mg tablet</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 91

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
LAZCLUZE 240 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LAZCLUZE 80 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LENVIMA (12 MG DAILY, 18 MG DAILY, 24 MG DAILY)	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LENVIMA (4 MG CAPSULE, 10 MG DAILY DOSE)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LENVIMA (8 MG DAILY, 14 MG DAILY, 20 MG DAILY)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LORBRENA 100 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LORBRENA 25 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LUMAKRAS 120 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
LUMAKRAS 240 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
LUMAKRAS 320 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LYNPARZA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 92

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
LYTGOBI 12 MG DOSE (3X 4MG TB)	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
LYTGOBI 16 MG DOSE (4X 4MG TB)	1	PA, QL (112 PER 28 DAYS)
LYTGOBI 20 MG DOSE (5X 4MG TB)	1	PA, QL (140 PER 28 DAYS)
MEKINIST 0.05 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (1170 PER 28 DAYS)
MEKINIST 0.5 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
MEKINIST 2 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
MEKTOVI 15 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
MODEYSO 125 MG CAPSULE	1	PA, QL (20 PER 28 DAYS)
NERLYNX 40 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
NEXAVAR 200 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>nilotinib hcl (50 mg capsule, 150 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
NINLARO (2.3 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 93

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ODOMZO 200 MG CAPSULE	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 (100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pazopanib hcl 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>pazopanib hcl 400 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
PEMAZYRE (4.5 MG TABLET, 9 MG TABLET, 13.5 MG TABLET)	1	PA, QL (14 PER 21 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 94

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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 50 MG TABLET	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 150 MG CAPSULE	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 17 y 95

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ROMVIMZA (14 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE)	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 (200 MG TABLET, 250 MG TABLET, 300 MG TABLET)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
RYDAPT 25 MG CAPSULE	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
SCSEMBLIX 100 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SCSEMBLIX 20 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SCSEMBLIX 40 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>sorafenib 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SPRYCEL (50 MG TABLET, 70 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG)	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 17 y 96

TABLET, 140 MG
TABLET)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SPRYCEL 20 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
STIVARGA 40 MG TABLET	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>sunitinib malate (25 mg capsule, 37.5 mg cap, 50 mg capsule)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
SUTENT (25 MG CAPSULE, 37.5 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SUTENT 12.5 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
TABRECTA (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 97

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TAGRISO (40 MG TABLET, 80 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TALZENNA (0.1 MG CAPSULE, 0.1 MG SOFTGEL, 0.25 MG CAPSULE, 0.25 MG SOFTGEL, 0.35 MG CAPSULE, 0.35 MG SOFTGEL, 0.5 MG CAPSULE, 0.5 MG SOFTGEL, 0.75 MG CAPSULE, 0.75 MG SOFTGEL, 1 MG CAPSULE, 1 MG SOFTGEL)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TASIGNA (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAZVERIK 200 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
TEPMETKO 225 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TIBSOVO 250 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>torpenz (2.5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>torpenz 5 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TRUQAP (160 MG TABLET, 200 MG TABLET)	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 250 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
VANFLYTA (17.7 MG TABLET, 26.5 MG TABLET)	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 17 y 99

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
VENCLEXTA STARTING PACK	1	PA, QL (42 PER 28 DAYS)
VERZENIO (50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	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 (15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VONJO 100 MG CAPSULE	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 200 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 100

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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 40 MG TABLET	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 240 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
ZYDELIG (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ZYKADIA 150 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Retinoids		
<i>bexarotene (1% gel, 75 mg capsule)</i>	1	PA
PANRETIN 0.1% GEL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 101

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TARGRETIN (1% GEL, 75 MG CAPSULE)	1	PA
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	1	PA
Treatment Adjuncts		
<i>mesna 400 mg tablet</i>	1	
MESNEX 400 MG TABLET	1	
Antiparasitics		
Anthelmintics		
<i>albendazole 200 mg tablet</i>	1	
BILTRICIDE 600 MG TABLET	1	
<i>ivermectin 3 mg tablet</i>	1	PA
<i>praziquantel 600 mg tablet</i>	1	
STROMEKTOL 3 MG TABLET	1	PA
Antiprotozoals		
<i>atovaquone (750 mg/5 ml susp, 750 mg/5ml susp cup, 1,500 mg/10 ml cup)</i>	1	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
<i>atovaquone-proguanil hcl (62.5, 250)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 102

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>chloroquine phosphate (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	1	
COARTEM TABLETS	1	
DARAPRIM 25 MG TABLET	1	PA
<i>hydroxychloroquine sulfate (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab)</i>	1	
LAMPIT (30 MG TABLET, 120 MG TABLET)	1	
MALARONE (62.5-25 MG PED TAB, 250-100 MG TABLET)	1	
<i>mefloquine hcl 250 mg tablet</i>	1	
NEBUPENT 300 MG INHAL POWDER	1	PA
<i>nitazoxanide 500 mg tablet</i>	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PENTAM 300 MG VIAL	1	
<i>pentamidine isethionate 300 mg inhal powdr</i>	1	PA
<i>pentamidine isethionate 300 mg inject vial</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 103

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
PLAQUENIL 200 MG TABLET	1	
<i>primaquine 26.3 mg tablet</i>	1	
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i>	1	PA
<i>quinine sulfate 324 mg capsule</i>	1	PA

Antiparkinson Agents

Antiparkinson Agents, Other

<i>amantadine (50 mg/5 ml solution, 100 mg capsule, 100 mg tablet, 100 mg/10 ml cup, 100 mg/10 ml soln)</i>	1	
<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (50, 75, 100, 125, 150, 200)</i>	1	
COMTAN 200 MG TABLET	1	
<i>entacapone 200 mg tablet</i>	1	
TASMAR 100 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tolcapone 100 mg tablet</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl (2 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	1	PA
Dopamine Agonists		
<i>apomorphine hcl 30 mg/3 ml cartrdg</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tablet, 5 mg capsule)</i>	1	
NEUPRO (1 MG/24 HR PATCH, 2 MG/24 HR PATCH, 3 MG/24 HR PATCH, 4 MG/24 HR PATCH, 6 MG/24 HR PATCH, 8 MG/24 HR PATCH)	1	
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet)</i>	1	
<i>ropinirole er (er 2 mg tablet, er 4 mg tablet, er 6 mg tablet, er 8 mg tablet, er 12 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	1	
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
<i>carbidopa 25 mg tablet</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa (carbidopa-levo 10-100 mg odt, carbidopa-levo 25-100 mg odt, carbidopa-levodopa 10-100 tab, carbidopa-levodopa 25-100 tab, carbidopa-levodopa 25-250 tab)</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 tab, er 50-200 tab)</i>	1	
INBRIJA 42 MG INHALATION CAP	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
RYTARY (ER 23.75 MG-95 MG CAP, ER 36.25 MG-145 MG CAP, ER 48.75 MG-195 MG CAP, ER 61.25 MG-245 MG CAP)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SINEMET (10-100 MG TABLET, 25-100 MG TABLET)	1	
SINEMET 10-100 MG TABLET	1	
SINEMET 25-100 MG TABLET	1	

Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors

AZILECT (0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET)	1	
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	1	
<i>selegiline hcl (5 mg capsule, 5 mg tablet)</i>	1	

Antipsychotics

1st Generation/Typical

<i>fluphenazine decanoate 125 mg/5 ml</i>	1	PA
<i>fluphenazine hcl (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 2.5 mg/5 ml elix, 2.5 mg/ml vial, 5 mg tablet, 5 mg/ml conc, 10 mg tablet)</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 107

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
HALDOL DECANOATE 100 AMPUL	1	PA
<i>haloperidol (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	PA
<i>haloperidol decanoate (50 mg/ml ampul, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml amp, 100 mg/ml vial, 250 mg/5 ml vl, 500 mg/5 ml vl)</i>	1	PA
<i>haloperidol decanoate 100 mg/ml amp</i>	1	PA
<i>haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml ampul, 5 mg/ml syring, 5 mg/ml vial, 10 mg/5 ml cup, 50 mg/10 ml vl)</i>	1	PA
<i>loxapine (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule, 50 mg capsule)</i>	1	PA
<i>molindone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	1	PA
<i>pimozide (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 108

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>thioridazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	PA
<i>thiothixene (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	1	PA
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	PA
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY (10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 30 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ABILIFY (2 MG TABLET, 5 MG TABLET)	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML	1	QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML	1	QL (3.2 PER 56 OVER TIME)
ABILIFY MAINTENA (ER 300 MG SYR, ER 300 MG VL, ER 400 MG SYR, ER 400 MG VL)	1	QL (1 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 109

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>aripiprazole (10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole (2 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	1	PA, QL (750 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole odt (odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	1	QL (3.9 PER 56 OVER TIME)
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	1	QL (1.6 PER 28 DAYS)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	1	QL (2.4 PER 28 DAYS)
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	1	QL (3.2 PER 28 DAYS)
ARISTADA INITIO ER 675 MG/2.4	1	QL (2.4 PER 42 OVER TIME)
<i>asenapine maleate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CAPLYTA (10.5 MG CAPSULE, 21 MG CAPSULE, 42 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 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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 TITRATION PCK	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
FANAPT TITRATION PACK C	1	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
GEODON (20 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
GEODON (20 MG/ML VIAL, 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
INVEGA (ER 3 MG TABLET, ER 9 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
INVEGA ER 6 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML	1	QL (3.5 PER 180 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML	1	QL (5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML	1	QL (0.75 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRG	1	QL (1 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML	1	QL (1.5 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	1	QL (0.25 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	1	QL (0.5 PER 28 DAYS)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML	1	QL (0.88 PER 84 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML	1	QL (1.32 PER 84 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML	1	QL (1.75 PER 84 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML	1	QL (2.63 PER 84 OVER TIME)
LATUDA (20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET, 120 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 112

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
LATUDA 80 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lurasidone hcl (20 mg tablet, 40 mg tablet, 60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LYBALVI (5-10 MG TABLET, 10-10 MG TABLET, 15-10 MG TABLET, 20-10 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TABLET, 34 MG CAPSULE)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olanzapine (15 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olanzapine (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
<i>olanzapine 10 mg vial</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>olanzapine odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet, odt 20 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
OPIPZA (5 MG FILM, 10 MG FILM)	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
OPIPZA 2 MG FILM	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
PERSERIS (ER 90 MG POWDER SYRNG, ER 90 MG SYRINGE KIT, ER 120 MG SYRINGE KIT)	1	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>quetiapine fumarate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate (300 mg tab, 400 mg tab)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate 150 mg tablet</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate er (er 150 mg tablet, er 200 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate er (er 50 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet)</i>	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 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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 (12.5 MG VIAL, 25 MG VIAL, 37.5 MG VIAL, 50 MG VIAL)	1	QL (2 PER 28 DAYS)
<i>risperidone (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>risperidone 4 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 115

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>risperidone er (er 12.5 mg vial, er 25 mg vial, er 37.5 mg vial, er 50 mg vial)</i>	1	QL (2 PER 28 DAYS)
<i>risperidone odt (0.25 mg odt, 0.5 mg odt, 1 mg odt, 2 mg odt, 3 mg odt)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>risperidone odt 4 mg</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SAPHRIS (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SECUADO (3.8 MG/24 HR PATCH, 5.7 MG/24 HR PATCH, 7.6 MG/24 HR PATCH)	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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SEROQUEL XR (50 MG TABLET, 300 MG TABLET, 400 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
UZEDY ER 100 MG/0.28 ML SYRING	1	QL (0.28 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 125 MG/0.35 ML SYRING	1	QL (0.35 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 150 MG/0.42 ML SYRING	1	QL (0.42 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 200 MG/0.56 ML SYRING	1	QL (0.56 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 250 MG/0.7 ML SYRINGE	1	QL (0.7 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 50 MG/0.14 ML SYRINGE	1	QL (0.14 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 75 MG/0.21 ML SYRINGE	1	QL (0.21 PER 28 DAYS)
VRAYLAR (0.5 MG CAPSULE, 0.75 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4.5 MG CAPSULE, 6 MG CAPSULE)	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ziprasidone hcl (20 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>ziprasidone hcl (60 mg capsule, 80 mg capsule)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ziprasidone mesylate 20 mg/ml vial</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ZYPREXA (15 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ZYPREXA (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
ZYPREXA 10 MG VIAL	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZYPREXA ZYDIS (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
Antipsychotics, Other		
COBENFY (50 MG-20 MG CAPSULE, 100 MG-20 MG CAPSULE, 125 MG-30 MG CAPSULE)	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 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
COBENFY STARTER PACK	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
Treatment-Resistant		
<i>clozapine (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>clozapine 100 mg tablet</i>	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
<i>clozapine 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt (odt 25 mg tablet, odt 100 mg tablet)</i>	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt 12.5 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt 150 mg tablet</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
CLOZARIL 100 MG TABLET	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
CLOZARIL 25 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	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 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Antispasticity Agents

<i>baclofen (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
DANTRIUM 25 MG CAPSULE	1	
<i>dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	1	
<i>tizanidine hcl (2 mg capsule, 2 mg tablet, 4 mg capsule, 4 mg tablet, 6 mg capsule)</i>	1	

Antivirals

Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)

BIKTARVY (30-120-15 MG TABLET, 50-200-25 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
GENVOYA TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ISENTRESS (100 MG POWDER PACKET, 400 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 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ISENTRESS (25 MG TABLET CHEW, 100 MG TABLET CHEW)	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
STRIBILD TABLET	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 5 MG TAB FOR SUSP	1	QL (360 PER 30 DAYS)

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

DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT 25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT PED 2.5MG TAB FOR SUSP	1	QL (180 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 121

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>efavirenz 600 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitenofovir disoproxil fumarato efavirenz-emtricitenofovir 600-200-300</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudina-tenofovir disoproxil fumarato (400-300-300, 600-300-300)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>etravirina (100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE (100 MG TABLET, 200 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 25 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>nevirapina 200 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>nevirapina 50 mg/5 ml susp</i>	1	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>nevirapina er 400 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rilpivirina 25 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SYMFI 600-300-300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 122

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

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

<i>abacavir 20 mg/ml solution</i>	1	QL (960 PER 30 DAYS)
<i>abacavir 300 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>abacavir-lamivudine 600-300 mg</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
COMPLERA TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TABLET, 200-25 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine 200 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine-rilpivirne-tenof emtricit-rilp-tenof 200-25-300</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir disop (100-150mg, 133-200mg, 167-250mg, 200-300mg)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	1	QL (850 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 123

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
EMTRIVA 200 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EPIVIR 10 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (960 PER 30 DAYS)
EPIVIR 150 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
EPIVIR 300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine (10 mg/ml oral soln, 300 mg/30ml sol cup)</i>	1	QL (960 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ODEFSEY TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RETROVIR 10 MG/ML SYRUP	1	QL (1920 PER 30 DAYS)
RETROVIR 100 MG CAPSULE	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tb</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 124

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SUSP	1	QL (180 PER 30 DAYS)
TRUVADA (100 MG-150 MG TABLET, 133 MG-200 MG TABLET, 167 MG-250 MG TABLET, 200 MG-300 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD (150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET, 300 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD POWDER	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ZIAGEN 20 MG/ML SOLUTION	1	QL (960 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 100 mg capsule</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5 ml syrup</i>	1	QL (1920 PER 30 DAYS)
Anti-HIV Agents, Other		
FUZEON 90 MG VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 125

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>maraviroc 150 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
RUKOBIA ER 600 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 150 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (1840 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 300 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
SUNLENCA (4- 300 MG TABLET, 300 MG TABLET)	1	QL (4 PER 28 OVER TIME)
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	1	QL (5 PER 28 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors		
APTIVUS 250 MG CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 126

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>atazanavir sulfate 200 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
KALETRA 100-25 MG TABLET	1	QL (300 PER 30 DAYS)
KALETRA 200-50 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
KALETRA 80 MG-20 MG/ML SOLN	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 80-20mg/ml</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir lopinavir-ritonavir 100-25mg tb</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir lopinavir-ritonavir 200-50mg tb</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
NORVIR (100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET)	1	QL (360 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 127

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
PREZCOBIX (675 MG TABLET, 800 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	1	QL (400 PER 30 DAYS)
PREZISTA 150 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
PREZISTA 600 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PREZISTA 75 MG TABLET	1	QL (300 PER 30 DAYS)
PREZISTA 800 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REYATAZ 200 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
REYATAZ 300 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>ritonavir 100 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TABLET	1	QL (270 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 128

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
VIRACEPT 625 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
LIVTENCITY 200 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS (240 MG TABLET, 480 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VALCYTE (50 MG/ML SOLUTION, 450 MG TABLET)	1	
<i>valganciclovir hcl (hcl 50 mg/ml, 450 mg tablet)</i>	1	
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	1	
BARACLUDE (0.05 MG/ML SOLUTION, 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET)	1	
<i>entecavir (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	1	
<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 129

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>lamivudine hbv 100 mg tablet</i>	1	
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
MAVYRET (50-20 MG PELLET PACKET, 100-40 MG TABLET)	1	PA
<i>ribavirin (200 mg capsule, 200 mg tablet)</i>	1	
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET	1	PA
ZEPATIER 50-100 MG TABLET	1	PA
Anti-influenza Agents		
<i>oseltamivir phosphate (45 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	1	QL (84 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 30 mg capsule</i>	1	QL (168 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml suspension</i>	1	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
RELENZA 5 MG DISKHALER	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 17 130

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

<i>acyclovir (200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp cup, 400 mg tablet, 800 mg tablet, 800 mg/20ml susp cup)</i>	1	
<i>acyclovir 5% ointment</i>	1	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>acyclovir sodium (500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial)</i>	1	PA
<i>famciclovir (125 mg tablet, 250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	1	
<i>valacyclovir (1 gram tablet, 500 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 131

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
VALTREX (1 GRAM, 500 MG)	1	
ZOVIRAX 5% OINTMENT	1	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
Antiviral, Coronavirus agents		
PAXLOVID (EUA) 150-100 MG PACK	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (EUA) 300-100 MG PACK	1	QL (30 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID 150-100 MG (MODERATE)	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	1	QL (30 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID 300/150-100MG(SEVERE)	1	QL (11 PER 30 OVER TIME)
Anxiolytics		
<i>alprazolam (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam er (er 0.5 mg tablet, er 1 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 132

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>alprazolam er 2 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam er 3 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam xr (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam xr 2 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam xr 3 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupirone hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	1	
<i>chlordiazepoxide hcl (5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>chlordiazepoxide hcl 25 mg capsule</i>	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam (0.125 mg dis tab, 0.125 mg odt, 0.25 mg odt, 0.5 mg dis tablet, 0.5 mg odt, 1 mg dis tablet, 1 mg odt)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam (2 mg odt, 2 mg tablet)</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 133

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tablet</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tablet</i>	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
<i>diazepam (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>diazepam (5 mg/5 ml oral cup, 5 mg/5 ml solution)</i>	1	PA, QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>diazepam (5 mg/ml, 25 mg/5 ml)</i>	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>hydroxyzine hcl (10 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml syrup, hcl 10 mg tablet, hcl 25 mg tablet, 50 mg/25 ml cup, hcl 50 mg tablet)</i>	1	PA
<i>hydroxyzine pamoate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	1	PA
<i>lorazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam (2 mg tablet, 2 mg/ml oral concent)</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 134

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>oxazepam (10 mg capsule, 15 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Bipolar Agents

Mood Stabilizers

<i>lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)</i>	1	
<i>lithium carbonate er (er 300 mg, er 450 mg)</i>	1	
<i>lithium citrate (8 meq/5 ml soln cup, 8 meq/5 ml solution)</i>	1	
LITHOBID ER 300 MG TABLET	1	

Blood Glucose Regulators

Antidiabetic Agents

<i>acarbose 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>acarbose 25 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>acarbose 50 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ACTOS (30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ACTOS 15 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
CYCLOSET 0.8 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>dapagliflozin (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FARXIGA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>gauze pad gnp sterile pads 2" x 2"</i>	1	PA
<i>gauze pads & dressings - pads 2 x 2</i>	1	PA
<i>glimepiride 1 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glimepiride 2 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glimepiride 4 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glipizide 10 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glipizide 2.5 mg tablet</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 136

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>glipizide 5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glipizide er 10 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glipizide er 2.5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glipizide er 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glipizide xl 10 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glipizide xl 2.5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glipizide xl 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glipizide-metformin (2.5-500 mg, 5-500 mg)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glipizide-metformin 2.5-250 mg</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
GLUCOTROL XL 10 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
GLUCOTROL XL 5 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glyburide 1.25 mg tablet</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>glyburide 2.5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 137

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>glyburide 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glyburide micronized 1.5 mg tab</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glyburide micronized 3 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glyburide micronized 6 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glyburide-metformin hcl (2.5-500 mg, 5-500 mg)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glyburide-metformin hcl glyburid-metformin 1.25-250 mg</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
GLYXAMBI (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>isopropyl alcohol 0.7 ml/ml medicated pad</i>	1	PA
JANUMET (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JANUMET XR (50-500 MG TABLET, 100-1,000 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
JANUMET XR 50-1,000 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 17 y 138

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
JANUVIA (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
JENTADUETO (2.5 MG-1000 MG TAB, 2.5 MG-500 MG TAB, 2.5 MG-850 MG TAB)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TB	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	1	QL (75 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl 500 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl 850 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl er 500 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl er 750 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 139

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
MOUNJARO (2.5 MG/0.5 ML PEN, 5 MG/0.5 ML PEN, 7.5 MG/0.5 ML PEN, 10 MG/0.5 ML PEN, 12.5 MG/0.5 ML PEN, 15 MG/0.5 ML PEN)	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide 120 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>nateglinide 60 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
OZEMPIC (0.25-0.5 MG/DOSE PEN, 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML))	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<i>pioglitazone hcl (30 mg tablet, 45 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pioglitazone hcl 15 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>pioglitazone-glimepiride (30, 30)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pioglitazone-metformin (15, 15)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>repaglinide 0.5 mg tablet</i>	1	QL (960 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 140

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>repaglinide 1 mg tablet</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>repaglinide 2 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
RYBELSUS (3 MG TABLET, 7 MG TABLET, 14 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin-metformin er (saxagliptin-metformin er 5-500, saxagliptin-metformin er 5-1000)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin-metformin er saxagliptin-metformin 2.5-1000</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SOLIQUA 100-33 UNIT-33 MCG/ML PEN	1	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sterile pads ft 2" x 2"</i>	1	PA
SYMLINPEN 120 SYMLININJECTOR	1	
SYMLINPEN 60 SYMLININJECTOR	1	
SYNJARDY (5-1,000 MG TABLET, 5-500 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TABLET, 12.5-500 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)

— Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 141

TABLET)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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 5 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5 ML PEN, 1.5 MG/0.5 ML PEN, 3 MG/0.5 ML PEN, 4.5 MG/0.5 ML PEN)	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR (2.5 MG TAB, 5 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
XIGDUO XR (5 MG-500 MG TABLET, 10 MG-1,000 MG TAB, 10 MG-500 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Glycemic Agents		
BAQSIMI (3 MG SPRAY, 3 MG SPRAY ONE PACK, 3 MG SPRAY TWO PACK)	1	QL (4 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>diazoxide 50 mg/ml oral susp</i>	1	
<i>glucagon emergency kit (glucagon 1 mg emergency kit, glucagon 1 mg vial, glucagon 1 mg emergency kit, glucagon 1 mg vial)</i>	1	QL (4 PER 30 DAYS)
GVOKE (1 MG/0.2 ML KIT, 1 MG/0.2 ML VIAL)	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 17 y 143

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
PROGLYCEM 50 MG/ML ORAL SUSP	1	
Insulins		
<i>autosield duo pen needle ndl 30g 5mm</i>	1	PA
<i>droplet insulin syringe (0.3 ml 29g 12.7mm(1/2), 0.3 ml 30g 12.7mm(1/2), ins 0.3ml 30g 8mm(1/2), ins 0.3ml 31g 6mm(1/2), ins 0.3ml 31g 8mm(1/2), ins 0.5 ml 29g 12.7mm, ins 0.5 ml 30g 12.7mm, ins syr 0.5 ml 31g 6mm, ins syr 0.5 ml 31g 8mm, ins syr 0.5ml 30g 8mm, ins syr 1 ml 30g 8mm, ins syr 1 ml 31g 6mm, ins syr 1 ml 31g 8mm, ins syr 1ml 29g 12.7mm, ins syr 1ml 30g 12.7mm)</i>	1	PA
<i>droplet micron pen needle 34g 3.5mm</i>	1	PA
<i>droplet pen needle (29g 10mm, 29g 12mm, 31g 5mm, 31g 6mm, 31g 8mm, 32g 4mm, 32g 5mm, 32g 6mm, 32g 8mm)</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>dropsafe pen needle (5mm, 8mm)</i>	1	PA
<i>easy comfort insulin syringe (0.5ml 29g, 1 ml 29g, 1 ml 32g)</i>	1	PA
<i>easy comfort pen needle (29g 4mm, 29g 5mm, 32g 4mm)</i>	1	PA
FIASP 100 UNIT/ML VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
FIASP FLEXTOUCH 100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
FIASP PENFILL 100 UNIT/ML CART	1	QL (60 PER 30 DAYS)
FIASP PUMPCART 100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG (100 UNIT/ML CARTRIDGE, 100 UNIT/ML VIAL)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN JR 100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG KWIKPEN U-100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 145

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
HUMALOG KWIKPEN U-200 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 75-25 VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG TEMPO PEN U-100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN 70-30 VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN N 100 UIT/ML VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN N KWIKPEN 100 UIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN R 100 UNIT/ML VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN R U-500 UNIT/ML VIAL	1	PA
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML VL	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 146

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
INSULIN ASPART FLEXPEN 100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
INSULIN ASPART PENFILL 100 UNIT/ML CRT	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>insulin pen needle</i>	1	PA
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i>	1	PA
<i>insulin syringe (disp) u-100 1 ml</i>	1	PA
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i>	1	PA
<i>insulin syringe (syr 0.5 ml 28g 12.7mm, syringe 1 ml 27g 16mm, syringe 1ml 28g 12.7mm)</i>	1	PA
<i>insupen pen needle insu32g 6mm</i>	1	PA
LANTUS 100 UNIT/ML VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV 100 UNIT/ML VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 147

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
LYUMJEV KWIKPEN U-100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV KWIKPEN U-200 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV TEMPO PEN U-100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>nano 2nd gen pen needle 3g 4mm</i>	1	PA
<i>nano pen needle 32g 4mm</i>	1	PA
<i>needles, insulin disp., safety</i>	1	PA
NOVOLIN 70-30 (70-30 100 UNIT/ML VIAL, RELION 70-30 VIAL)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN (70, RELION 70)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN N (N 100 UNIT/ML VIAL, RELION N 100 UNIT/ML)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN N FLEXPEN (N 100 UNIT/ML, RELION N U)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLIN R (R 100 UNIT/ML VIAL, RELION R 100 UNIT/ML)	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 148

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
NOVOLIN R FLEXPEN (R 100 UNIT/ML, RELION R U)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG (100 UNIT/ML VIAL, RELION 100 UNIT/ML VL)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG FLEXPEN (100 UNIT/ML, RELION U)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG MIX 70-30 (70-30 VIAL, RELION 70-30 VIAL)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN (70-30 FLEXPEN, RELION 70-30 FLXPN)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>omnipod 5 (g6/libre 2 plus)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod 5 dexg7g6 intro(gen 5)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod 5 dexg7g6 pods (gen 5)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 149

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>omnipod 5 g6-g7 intro kt(gen5)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod 5 g6-g7 pods (gen 5)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod 5 intro(g6/libre2plus)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod classic pods (gen 3) pods(gen3) 5pk</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod dash intro kit (gen 4)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod dash pdm kit (gen 4)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod dash pods (gen 4) 5pk</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod go pods (10 unit/day, 15 unit/day, 20 unit/day, 25 unit/day, 30 unit/day, 35 unit/day, 40 unit/day)</i>	1	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
<i>pen needle (gnp 31g 5mm, gnp 31g 8mm, 32g 4mm, gnp 32g 4mm, gnp 32g 6mm)</i>	1	PA
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOLOSTR 300 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 150

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>true comfort safety pen needle (31g 5mm, 31g 6mm, 32g 4mm)</i>	1	PA
<i>ultra-fine insulin syringe (0.3 ml 30g 12.7mm, 0.3ml 31g 6mm (1/2), 0.3ml 31g 8mm (1/2), ins syr 1ml 31g 6mm, ins syr 1ml 31g 8mm, syr 0.3 ml 31g 6mm, syr 0.3 ml 31g 8mm, 0.5 ml 30g 12.7mm, syr 0.5 ml 31g 6mm, syr 0.5 ml 31g 8mm, syr 1 ml 30g 12.7mm)</i>	1	PA
<i>ultra-fine pen needle (ndl 29g 12.7mm, needle 31g 5mm, needle 31g 8mm, needle 32g 6mm)</i>	1	PA
<i>unifine otc pen needle (31g 5mm, 32g 4mm)</i>	1	PA
<i>unifine pentips 32g 4mm</i>	1	PA
<i>unifine pentips plus 33g 4mm</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 151

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Blood Products and Modifiers

Anticoagulants

<i>dabigatran etexilate (75 mg cap, 150 mg cp)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dabigatran etexilate 110 mg cp</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (0.5 MG PKT(1X0.5MG TB), 1.5 MG PKT(3X0.5MG TB), 2 MG PKT(4X 0.5 MG TB))	1	QL (560 PER 28 DAYS)
ELIQUIS (5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG)	1	QL (74 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS SPRINKLE 0.15 MG CAP	1	QL (74 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml, 150 mg/ml)</i>	1	QL (30 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (80 mg/0.8 ml, 120 mg/0.8 ml)</i>	1	QL (24 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3 ml syr</i>	1	QL (9 PER 90 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 152

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4 ml syr</i>	1	QL (12 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6 ml syr</i>	1	QL (18 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8 ml syr</i>	1	QL (24 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5 ml syr</i>	1	QL (15 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4 ml syr</i>	1	QL (12 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6 ml syr</i>	1	QL (18 PER 90 OVER TIME)
<i>heparin sodium (sod 1,000 unit/ml vial, 2,000 unit/2 ml vial, 5,000 unit/ml carpujet, sod 5,000 unit/ml syrg, sod 5,000 unit/ml vial, 10,000 unit/10 ml vial, sod 10,000 unit/ml vl, sod 20,000 unit/ml vl, 30,000 unit/30 ml vial, 40,000 unit/4 ml vial, 50,000 unit/10 ml vial, 50,000 unit/5 ml vial)</i>	1	
<i>jantoven (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 153

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
LOVENOX (100 MG/ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE)	1	QL (30 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX (80 MG/0.8 ML SYRINGE, 120 MG/0.8 ML SYRINGE)	1	QL (24 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SYRINGE	1	QL (9 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SYRINGE	1	QL (12 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SYRINGE	1	QL (18 PER 90 OVER TIME)
<i>rivaroxaban 1 mg/ml suspension</i>	1	QL (620 PER 30 DAYS)
<i>rivaroxaban 2.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>warfarin sodium (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
XARELTO (10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
XARELTO (2.5 MG TABLET, 15 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 154

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION	1	QL (620 PER 30 DAYS)
XARELTO DVT-PE TREAT START 30D	1	QL (51 PER 30 DAYS)

Blood Products and Modifiers, Other

AGRYLIN 0.5 MG CAPSULE	1	
<i>anagrelide hcl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule)</i>	1	
ARANESP (10 MCG/0.4 ML SYRINGE, 25 MCG/0.42 ML SYRINGE, 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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg susp pkt, 12.5 mg tablet, 25 mg susp packet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet)</i>	1	PA
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	1	PA
GRANIX (300 MCG/0.5 ML SAFE SYR, 300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SAFE SYR, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	1	PA
LEUKINE 250 MCG VIAL	1	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5 ML SYRING, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYRING, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	1	PA
PROCRIT (2,000 UNITS/ML VIAL, 3,000 UNITS/ML VIAL, 4,000 UNITS/ML VIAL, 10,000 UNITS/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNITS/ML VIAL, 40,000 UNITS/ML VIAL)	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
PROMACTA (12.5 MG SUSPEN PACKET, 12.5 MG TABLET, 25 MG SUSPENSION PCKT, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET)	1	PA
RETACRIT (2,000 UNIT/ML VIAL, 3,000 UNIT/ML VIAL, 4,000 UNIT/ML VIAL, 10,000 UNIT/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNIT/ML VIAL, 40,000 UNIT/ML VIAL)	1	PA
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	1	PA
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML	1	PA
UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML	1	PA
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SYRINGE	1	PA
Hemostasis Agents		
<i>tranexamic acid 650 mg tablet</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Platelet Modifying Agents

<i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg</i>	1	
BRILINTA (60 MG TABLET, 90 MG TABLET)	1	
CABLIVI (11 MG KIT, 11 MG VIAL)	1	
<i>cilostazol (50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	
<i>clopidogrel 75 mg tablet</i>	1	
<i>dipyridamole (25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet)</i>	1	
PLAVIX 75 MG TABLET	1	
<i>prasugrel hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
<i>ticagrelor (60 mg tablet, 90 mg tablet)</i>	1	

Cardiovascular Agents

Alpha-adrenergic Agonists

<i>clonidine (0.1 mg/day patch, 0.2 mg/day patch, 0.3 mg/day patch)</i>	1	
---	---	--

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>clonidine hcl (0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 mg tablet)</i>	1	
<i>droxidopa (100 mg capsule, 200 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	1	PA
<i>guanfacine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	1	
<i>midodrine hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
NORTHERA (100 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	1	PA
Alpha-adrenergic Blocking Agents		
CARDURA (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 8 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>phenoxybenzamine hcl 10 mg cap</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 159

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>prazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule)</i>	1	
<i>terazosin hcl (2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>terazosin hcl 1 mg capsule</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
Angiotensin II Receptor Antagonists		
ATACAND (4 MG TABLET, 8 MG TABLET, 16 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ATACAND 32 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
AVAPRO (150 MG TABLET, 300 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
BENICAR (20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
BENICAR 5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tb)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 160

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>candesartan cilexetil 32 mg tb</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
COZAAR (25 MG TABLET, 50 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
COZAAR 100 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DIOVAN (40 MG TABLET, 80 MG TABLET, 160 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
DIOVAN 320 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDARBI (40 MG TABLET, 80 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>irbesartan (75 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>losartan potassium 100 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 161

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>telmisartan (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>valsartan (40 mg tablet, 80 mg tablet, 160 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>valsartan 320 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors		
<i>benazepril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	1	
<i>captopril (12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	
<i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	1	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
<i>lisinopril (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	1	
LOTENSIN (10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 162

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>moexipril hcl (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	1	
<i>perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	1	
<i>quinapril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	1	
<i>ramipril (1.25 mg capsule, 2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	1	
<i>trandolapril (1 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	1	
VASOTEC (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	
ZESTRIL (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 30 MG TABLET, 40 MG TABLET)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Antiarrhythmics		
<i>amiodarone hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	1	
<i>dofetilide (125 mcg capsule, 250 mcg capsule, 500 mcg capsule)</i>	1	
<i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	1	
<i>mexiletine hcl (150 mg capsule, 200 mg capsule, 250 mg capsule)</i>	1	
MULTAQ 400 MG TABLET	1	
PACERONE (PACERONE 100 MG TABLET, PACERONE 400 MG TABLET, PACERONE 200 MG TABLET)	1	
<i>propafenone hcl (150 mg tablet, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	1	
<i>propafenone hcl er (er 225 mg cap, er 325 mg cap, er 425 mg cap)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 164

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>quinidine gluconate er 324 mg tab</i>	1	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	1	
<i>sotalol (80 mg tablet, 120 mg tablet, 160 mg tablet, 240 mg tablet)</i>	1	
<i>sotalol af (80 mg tablet, 120 mg tablet, 160 mg tablet)</i>	1	
TIKOSYN (125 MCG CAPSULE, 250 MCG CAPSULE, 500 MCG CAPSULE)	1	

Beta-adrenergic Blocking Agents

<i>acebutolol hcl (200 mg capsule, 400 mg capsule)</i>	1	
<i>atenolol (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	
<i>betaxolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	
BYSTOLIC (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>carvedilol (3.125 mg tablet, 6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	1	
<i>carvedilol er (er 10 mg capsule, er 20 mg capsule, er 40 mg capsule, er 80 mg capsule)</i>	1	
INDERAL LA (60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE, 120 MG CAPSULE, 160 MG CAPSULE)	1	
INDERAL XL (80 MG CAPSULE, 120 MG CAPSULE)	1	
INNOPRAN XL (80 MG CAPSULE, 120 MG CAPSULE)	1	
<i>labetalol hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1	
LOPRESSOR (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	
<i>metoprolol succinate (er 25 mg tab, er 50 mg tab, er 100 mg tab, er 200 mg tab)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tb, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	
<i>nadolol (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	1	
<i>nebivolol hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
<i>pindolol (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
<i>propranolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 20 mg/5 ml soln, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml soln, 60 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	1	
<i>propranolol hcl er (er 60 mg capsule, er 80 mg capsule, er 120 mg capsule, er 160 mg capsule)</i>	1	
TENORMIN (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	
<i>timolol maleate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

TOPROL XL (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET)

1

Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines

amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)

1

felodipine er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet, er 10 mg tablet)

1

isradipine (2.5 mg capsule, 5 mg capsule)

1

nicardipine hcl (20 mg capsule, 30 mg capsule)

1

nifedipine (10 mg capsule, 20 mg capsule)

1

nifedipine er (er 30 mg tablet, er 60 mg tablet, er 90 mg tablet)

1

nimodipine 30 mg capsule

1

nisoldipine (er 8.5 mg tablet, er 17 mg tablet, er 25.5 mg tablet, er 34 mg tablet)

1

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
NORVASC (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	
PROCARDIA XL (30 MG TABLET, 60 MG TABLET, 90 MG TABLET)	1	
SULAR (ER 8.5 MG TABLET, ER 17 MG TABLET, ER 34 MG TABLET)	1	
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
CARDIZEM (30 MG TABLET, 60 MG TABLET, 120 MG TABLET)	1	
CARDIZEM CD (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE, 360 MG CAPSULE)	1	
CARDIZEM LA (120 MG TABLET, 180 MG TABLET, 240 MG TABLET, 300 MG TABLET, 360 MG TABLET, 420 MG TABLET)	1	

TABLET)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>cartia xt (120 mg capsule, 180 mg capsule, 240 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	1	
<i>dilt-xr (120 mg capsule, 180 mg capsule, 240 mg capsule)</i>	1	
<i>diltiazem 12hr er (er 60 mg cap, er 90 mg cap, er 120 mg cap)</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er (cd) (er(cd) 120 mg, er(cd) 180 mg, er(cd) 240 mg, er(cd) 300 mg, er(cd) 360 mg)</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er (er 120 mg cap, er 180 mg cap, er 240 mg cap, er 300 mg cap, er 360 mg cap, er 420 mg cap)</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er (la) (er(la) 120 mg, er(la) 180 mg, er(la) 240 mg, er(la) 300 mg, er(la) 360 mg, er(la) 420 mg)</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er (xr) (er(xr) 120 mg, er(xr) 180 mg, er(xr) 240 mg)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 170

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>diltiazem hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	1	
<i>matzim la (180 mg tablet, 240 mg tablet, 300 mg tablet, 360 mg tablet, 420 mg tablet)</i>	1	
<i>taztia xt (120 mg capsule, 180 mg capsule, 240 mg capsule, 300 mg capsule, 360 mg capsule)</i>	1	
<i>tiadylt er (er 120 mg capsule, er 180 mg capsule, er 240 mg capsule, er 300 mg capsule, er 360 mg capsule, er 420 mg capsule)</i>	1	
TIAZAC (ER 120 MG CAPSULE, ER 180 MG CAPSULE, ER 240 MG CAPSULE, ER 300 MG CAPSULE, ER 360 MG CAPSULE, ER 420 MG CAPSULE)	1	
<i>verapamil er (er 120 mg capsule, er 120 mg tablet, er 180 mg capsule, er 180 mg tablet, er 240 mg capsule, er 240 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 171

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>verapamil er pm (er 100 mg capsule, er 200 mg capsule, er 300 mg capsule)</i>	1	
<i>verapamil hcl (40 mg tablet, 80 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	1	
<i>verapamil sr (120 mg capsule, 180 mg capsule, 240 mg capsule, 360 mg capsule)</i>	1	
VERELAN PM (100 MG CAP PELLET, 200 MG CAP PELLET, 300 MG CAP PELLET)	1	

Cardiovascular Agents, Other

<i>acetazolamide (125 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	1	
<i>acetazolamide er 500 mg cap</i>	1	
<i>aliskiren (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>amiloride-hydrochlorothiazide hcl-hctz 5-50 mg tab</i>	1	
<i>amlodipine besylate-benazepril (2.5, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg, 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg)</i>	1	
<i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>amlodipine-valsartan (5-160 mg, 5-320 mg, 10-160 mg, 10-320 mg)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>amlodipine-valsartan-hctz (5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg, 10-160-12.5mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ATACAND HCT (16-12.5 MG TAB, 32-12.5 MG TAB, 32-25 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>atenolol-chlorthalidone (50, 100)</i>	1	
AVALIDE (150-12.5 MG TABLET, 300-12.5 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
AZOR (5-20 MG TABLET, 5-40 MG TABLET, 10-20 MG TABLET, 10-40 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 17 y 173

TABLET)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	1	
BENICAR HCT (20-12.5 MG TABLET, 40-12.5 MG TABLET, 40-25 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tb, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>	1	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid (16-12.5 mg tb, 32-12.5 mg tb, 32-25 mg tab)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CORLANOR (5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLN	1	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
DEMSER 250 MG CAPSULE	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>digoxin (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 62.5 mcg tablet, 125 mcg tablet, 250 mcg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>digoxin 0.05 mg/ml solution</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
DIOVAN HCT (80-12.5 MG TABLET, 160-12.5 MG TAB, 160-25 MG TABLET, 320-12.5 MG TAB, 320-25 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDARBYCLOR (40-12.5 MG TABLET, 40-25 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tablet)</i>	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 (6-6MG PELLETT, 15-16 MG PLT)	1	QL (240 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 175

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
EXFORGE (5-160 MG TABLET, 5-320 MG TABLET, 10-160 MG TABLET, 10-320 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EXFORGE HCT (5-160-12.5 MG TAB, 5-160-25 MG TAB, 10-160-12.5 MG TAB, 10-160-25 MG TAB, 10-320-25 MG TAB)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	1	
HYZAAR (50-12.5 TABLET, 100-12.5 TABLET, 100-25 TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg, 300-12.5 mg)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ivabradine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LANOXIN (62.5 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 250 MCG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 176

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>methazolamide (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i>	1	
<i>metyrosine 250 mg capsule</i>	1	
MICARDIS HCT (40-12.5 MG TABLET, 80-25 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
MICARDIS HCT 80-12.5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5, 40-10-12.5, 40-10-25mg, 40-5-12.5, 40-5-25 mg)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	1	
<i>ranolazine er (er 500 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sacubitril-valsartan (49-51 mg, 97-103 mg)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sacubitril-valsartan 24-26 mg</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>spironolactone-hctz 25-25 tab</i>	1	
TEKTURNA (150 MG TABLET, 300 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>telmisartan-amlodipine (40, 40-5 mg, 80, 80-5 mg)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid (40-12.5 mg tb, 80-25 mg tab)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid telmisartan-hctz 80-12.5 mg tb</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 178

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TENORETIC 100 TABLET	1	
TENORETIC 50 TABLET	1	
<i>trandolapril-verapamil er (er 1-240 mg, er 2-180 mg, er 2-240 mg, er 4-240 mg)</i>	1	
TRIBENZOR (20-5-12.5 MG TABLET, 40-10-12.5 MG TABLET, 40-10-25 MG TABLET, 40-5-12.5 MG TABLET, 40-5-25 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VASERETIC 10-25 MG TABLET	1	
ZESTORETIC (10-12.5 MG TABLET, 20-12.5 MG TABLET, 20-25 MG TABLET)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 179

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Diuretics, Loop

<i>bumetanide (0.25 mg/ml vial, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/4 ml vial, 2 mg tablet, 2.5 mg/10 ml vial)</i>	1	
<i>furosemide (10 mg/ml solution, 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml soln, 80 mg tablet, 100 mg/10 ml vial, 500 mg/50 ml vial, 1,000 mg/100 ml vial)</i>	1	
LASIX (20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 80 MG TABLET)	1	
<i>torseamide (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	

Diuretics, Potassium-sparing

<i>amiloride hcl 5 mg tablet</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Diuretics, Thiazide

<i>chlorthalidone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cp, 12.5 mg tb, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	1	
<i>indapamide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)</i>	1	
<i>metolazone (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	

Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives

<i>fenofibrate (43 mg capsule, 48 mg tablet, 54 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fenofibrate (67 mg capsule, 130 mg capsule, 134 mg capsule, 145 mg tablet, 160 mg tablet, 200 mg capsule)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fenofibric acid dr 135 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fenofibric acid dr 45 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>gemfibrozil 600 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LOPID 600 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 17 y 181

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors

<i>atorvastatin calcium (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>atorvastatin calcium 80 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CRESTOR (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	ST, QL (45 PER 30 DAYS)
CRESTOR 40 MG TABLET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fluvastatin er 80 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LIPITOR (10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	1	ST, QL (45 PER 30 DAYS)
LIPITOR 80 MG TABLET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lovastatin (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 182

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>pravastatin sodium 80 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>rosuvastatin calcium 40 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>simvastatin (5 mg tablet, 10 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>simvastatin 20 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>simvastatin 80 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZOCOR (10 MG TABLET, 40 MG TABLET)	1	ST, QL (45 PER 30 DAYS)
ZOCOR 20 MG TABLET	1	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
Dyslipidemics, Other		
<i>cholestyramine (packet, powder)</i>	1	
<i>cholestyramine light (packet, powder)</i>	1	
COLESTID 1 GM TABLET	1	
<i>colestipol hcl (1 gm tablet, granules, granules packet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 183

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ezetimibe 10 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>icosapent ethyl (0.5 gm capsule, 500 mg capsule)</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>icosapent ethyl 1 gram capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
JUXTAPID (5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE)	1	PA
<i>niacin er (er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>niacin er 500 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>omega-3 acid ethyl esters 1 gm cap</i>	1	
<i>prevalite (packet, powder)</i>	1	
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML	1	PA, QL (6 PER 28 DAYS)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML	1	PA, QL (6 PER 28 DAYS)
<i>triklo 1 gm capsule</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 184

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
VASCEPA 0.5 GM CAPSULE	1	QL (240 PER 30 DAYS)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
VYTORIN (10-10 MG TABLET, 10-20 MG TABLET, 10-40 MG TABLET, 10-80 MG TABLET)	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
ZETIA 10 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Mineralocorticoid Receptor Antagonists

ALDACTONE (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	
<i>eplerenone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	
INSPIRA (25 MG TABLET, 50 MG TABLET)	1	
KERENDIA (10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>spironolactone (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 185

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Vasodilators, Direct-acting Arterial

<i>hydralazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	
<i>minoxidil (2.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	

Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous

ISORDIL TITRADOSE 5 MG TAB	1	
<i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate er (er 30 mg tb, er 60 mg tb, er 120 mg)</i>	1	
NITRO-BID 2% OINTMENT	1	
<i>nitroglycerin (0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, 0.4% ointment, 0.6 mg tablet sl, 400 mcg spray)</i>	1	
<i>nitroglycerin patch (0.1 mg/hr patch, 0.2 mg/hr patch, 0.4 mg/hr patch, 0.6 mg/hr patch)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
NITROLINGUAL 400 MCG SPRAY	1	
NITROSTAT (0.3 MG TABLET, 0.4 MG TABLET, 0.6 MG TABLET)	1	
RECTIV 0.4% OINTMENT	1	
VERQUVO (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Central Nervous System Agents

Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines

ADDERALL XR (5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 15 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DEXEDRINE (10 MG, 15 MG, 15 MG CAP)	1	QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>dextroamphetamine sulfate 10 mg tab</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 5 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er (er 10 mg cap, er 15 mg cap)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine-amphet er (er 5 mg cap, er 10 mg cap, er 15 mg cap, er 20 mg cap, er 25 mg cap, er 30 mg cap)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine-amphetamine (dextroamp-amphetam 7.5 mg tab, dextroamp-amphetam 12.5 mg tab, dextroamp-amphetamin 10 mg tab, dextroamp-amphetamin 15 mg tab, dextroamp-amphetamin 30 mg tab, dextroamp-amphetamine 5 mg tab)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine-amphetamine dextroamp-amphetamin 20 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 188

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>lisdexamfetamine dimesylate (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule, 50 mg capsule, 60 mg capsule, 70 mg capsule)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VYVANSE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE, 70 MG CAPSULE)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zenzedi 10 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>zenzedi 5 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
<i>atomoxetine hcl (10 mg capsule, 18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 189

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FOCALIN (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>guanfacine hcl er (er 1 mg tablet, er 2 mg tablet, er 3 mg tablet, er 4 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate er (er 10 mg tab, er 20 mg tab)</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg/5 ml sol</i>	1	PA, QL (900 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg/5 ml soln</i>	1	PA, QL (450 PER 30 DAYS)
RITALIN (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 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 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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 (6 MG TABLET, 12 MG TABLET, 18 MG TABLET, 24 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET, 42 MG TABLET, 48 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) TITR(12-18-24-30MG)	1	PA, QL (28 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 191

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
INGREZZA (40 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	1	PA, QL (28 PER 28 DAYS)
INGREZZA SPRINKLE (40 MG CAP, 60 MG CAP, 80 MG CAP)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>riluzole 50 mg tablet</i>	1	
<i>tetrabenazine 12.5 mg tablet</i>	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
VEOZAH 45 MG TABLET	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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 192

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Multiple Sclerosis Agents

AMPYRA ER 10 MG TABLET	1	PA
AVONEX (4 PACK) 30 MCG/0.5 ML SYR (4PK)	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) 30 MCG/0.5 ML (4PK)	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
BETASERON (0.3 MG KIT, 0.3 MG VIAL)	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>dalfampridine er 10 mg tablet</i>	1	PA
<i>dimethyl fumarate (30d start pk, dr 120 mg cp, dr 240 mg cp)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fingolimod 0.5 mg capsule</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GILENYA 0.5 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 193

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>glatopa 20 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML	1	PA, QL (1.6 PER 28 DAYS)
PLEGRIDY (125 MCG/0.5 ML SYRING, SYRINGE STARTER PACK)	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
PLEGRIDY PEN (125 MCG/0.5 ML PEN, PEN INJ STARTER PACK)	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
TECFIDERA (DR 120 MG CAPSULE, DR 240 MG CAPSULE, STARTER PACK)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VUMERITY DR 231 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Dental and Oral Agents

<i>cevimeline hcl 30 mg capsule</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate (0.12% 15 ml cup, 0.12% rinse)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>kourzeq 0.1% dental paste</i>	1	
<i>oralone 0.1% paste</i>	1	
<i>periogard 0.12% oral rinse</i>	1	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)</i>	1	
SALAGEN (5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET)	1	
<i>triamcinolone acetonide 0.1% paste</i>	1	

Dermatological Agents

Acne and Rosacea Agents

<i>accutane (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	1	PA
<i>acitretin (10 mg capsule, 17.5 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	1	
<i>amnesteem (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	1	PA
<i>azelaic acid 15% gel</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
AZELEX 20% CREAM	1	
BENZAMYCIN GEL	1	
<i>claravis (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	1	PA
<i>clindamycin phos-benzoyl perox ph-benzoyl 1.2-5%</i>	1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide (clindamycin-benzoyl 1-5%, clindamycin-bnz 1-5% pmp)</i>	1	
<i>doxycycline ir-dr 40 mg cap</i>	1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide gel</i>	1	
FINACEA 15% FOAM	1	
<i>isotretinoin (10 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule, 30 mg capsule, 35 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	1	PA
KLARON 10% LOTION	1	
<i>neuac gel</i>	1	
ORACEA 40 MG CAPSULE	1	
RETIN-A (0.01% GEL, 0.025% CREAM, 0.025% GEL, 0.05% CREAM, 0.1% CREAM)	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 196

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>sulfacetamide sodium (sod 10% top susp, sodium 10% lotn)</i>	1	
<i>tazarotene (0.05% gel, 0.1% gel)</i>	1	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>tazarotene (0.05%, 0.1%)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TAZORAC (0.05% GEL, 0.1% GEL)	1	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
TAZORAC 0.05% CREAM	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tretinoin (0.01% gel, 0.025% cream, 0.025% gel, 0.05% cream, 0.1% cream)</i>	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
<i>zenatane (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	1	PA
Dermatitis and Pruitus Agents		
ALA-CORT 1% CREAM	1	
<i>alclometasone dipropionate (dipr 0.05% oint, dipro 0.05% crm)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ammonium lactate (12% cream, 12% lotion)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 197

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>betamethasone diprop augmented (0.05% crm, 0.05% gel, 0.05% oin)</i>	1	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>betamethasone diprop augmented dp 0.05% lot</i>	1	QL (210 PER 30 DAYS)
<i>betamethasone dipropionate (0.05% crm, 0.05% oint)</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
<i>betamethasone dipropionate dp 0.05% lot</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>betamethasone valerate (va 0.1% cream, valer 0.1% ointm)</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
<i>betamethasone valerate 0.1% lotion</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clobetasol emollient 0.05% crm</i>	1	QL (210 PER 28 DAYS)
<i>clobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment)</i>	1	QL (210 PER 28 DAYS)
<i>clobetasol propionate (0.05% solution, prop 0.05% foam)</i>	1	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>clobetasol propionate 0.05% shampoo</i>	1	QL (236 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 198

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>clodan 0.05% shampoo</i>	1	QL (236 PER 30 DAYS)
<i>desonide (0.05% cream, 0.05% ointment)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>desonide 0.05% lotion</i>	1	QL (118 PER 30 DAYS)
<i>desoximetasone (0.05% cream, 0.05% gel, 0.25% cream, 0.25% ointment)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
DIPROLENE 0.05% OINTMENT	1	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>doxepin hcl 5% cream</i>	1	PA
ELIDEL 1% CREAM	1	PA
EUCRISA 2% OINTMENT	1	PA
<i>fluocinolone acetonide (0.01% body, 0.01% scalp)</i>	1	QL (118.28 PER 30 DAYS)
<i>fluocinolone acetonide (0.01% cream, 0.01% solution, 0.025% cream, 0.025% ointment)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluocinonide (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 199

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>fluocinonide 0.1% cream</i>	1	QL (240 PER 28 DAYS)
<i>fluocinonide-e 0.05% cream</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate (0.005% oint, 0.05% cream)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>halobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% ointmnt)</i>	1	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>hydrocortisone (1% cream, 1% ointment)</i>	1	
<i>hydrocortisone 2.5% lotion</i>	1	QL (118 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone 2.5% ointment</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone butyrate (hydrocort buty 0.1% lipid crm, hydrocort buty 0.1% lipo cream, hydrocortisone buty 0.1% cream, hydrocortisone butyr 0.1% oint)</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone butyrate 0.1% soln</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 200

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>hydrocortisone valerate (0.2% cream, 0.2% ointmt)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>mometasone furoate (0.1% cream, 0.1% oint)</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>pimecrolimus 1% cream</i>	1	PA
PRUDOXIN 5% CREAM	1	PA
<i>selenium sulfide 2.5% lotion</i>	1	
<i>tacrolimus (0.03%, 0.1%)</i>	1	PA
<i>triamcinolone acetonide (0.025% cream, 0.025% oint, 0.1% cream, 0.1% ointment, 0.5% cream)</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>triamcinolone acetonide (0.025% lotion, 0.1% lotion, 0.5% ointment)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>triderm 0.5% cream</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
ZONALON 5% CREAM	1	PA
Dermatological Agents, Other		
<i>calcipotriene (0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 201

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>calcitrene 0.005% ointment</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clotrimazole- betamethasone (crm, lot)</i>	1	
<i>diclofenac sodium 3% gel</i>	1	PA
<i>fluorouracil (2% soln, 5% soln)</i>	1	QL (10 PER 30 OVER TIME)
<i>fluorouracil 5% cream</i>	1	QL (40 PER 30 OVER TIME)
<i>imiquimod 5% cream packet</i>	1	PA
<i>methoxsalen (10 mg capsule, 10 mg softgel)</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone (cream, ointm)</i>	1	
OTEZLA (10-20 MG STARTER 28, 10-20-30MG START 28)	1	PA, QL (55 PER 180 OVER TIME)
OTEZLA (20 MG TABLET, 30 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OTEZLA XR 75 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OTEZLA XR INITIATION PK 28 DAY	1	PA, QL (41 PER 180 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 202

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	1	
SANTYL OINTMENT	1	QL (180 PER 30 DAYS)
SILVADENE 1% CREAM	1	
<i>silver sulfadiazine 1% cream</i>	1	
SSD 1% CREAM	1	
Pediculicides/Scabicides		
<i>ivermectin 1% cream</i>	1	PA
<i>malathion 0.5% lotion</i>	1	
OVIDE 0.5% LOTION	1	
<i>permethrin 5% cream</i>	1	
SOOLANTRA 1% CREAM	1	PA
Topical Anti-infectives		
<i>gentamicin sulfate (0.1% cream, 0.1% ointment)</i>	1	
METROCREAM METRO0.75%	1	
METROGEL (1% GEL, 1% PUMP)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 203

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>metronidazole (0.75% cream, 0.75% lotion, top 1% gel pump, topical 0.75% gl, topical 1% gel)</i>	1	
<i>mupirocin (2% cream, 2% ointment)</i>	1	QL (30 PER 30 OVER TIME)

Electrolytes/Minerals/ Metals/ Vitamins

Electrolyte/Mineral Replacement

<i>aqua care sodium chloride 0.9% nacl irrigation</i>	1	
CARBAGLU 200 MG TAB FOR SUSP	1	PA
<i>carglumic acid 200 mg tab susp</i>	1	PA
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl iv</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.2% nacl iv soln</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.225% nacl iv sol</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.45% nacl iv soln</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.9% nacl iv soln</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>glucose 5%-0.9% nacl 1000 ml</i>	1	
<i>kcl-d5w-0.2% nacl 20 meq/l-d5w-0.2%</i>	1	
<i>kcl-d5w-0.225% nacl (10meq/500ml-d5w-0.225%nacl, 20 meq/l-d5w-0.225% nacl)</i>	1	
<i>kcl-d5w-0.45% nacl (10 meq/500ml-d5w-0.45%nacl, 10 meq/l-d5w-0.45% nacl, 20 meq/l-d5w-0.45% nacl, 30 meq/l-d5w-0.45% nacl, 40 meq/l-d5w-0.45% nacl)</i>	1	
<i>klor-con 10 (klor-con 10 meq tablet, klor-con 10 meq tablet)</i>	1	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET	1	
<i>klor-con m10 tablet</i>	1	
KLOR-CON M15 TABLET	1	
<i>klor-con m20 tablet</i>	1	
<i>magnesium sulfate (50% 1 g/2 ml, 50% 10g/20ml, 50% 25g/50ml, 50% 5 g/10ml, 50% syringe)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 205

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>potassium chloride</i> (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	
<i>potassium chloride in d5lr</i> <i>kcl 20 meqd5w-lact ringer</i>	1	
<i>potassium chloride proamp</i> <i>cl 20 meq/10 ml conc</i>	1	
<i>potassium chloride-0.45%</i> <i>nacl 20 meq-0.45% na</i>	1	
<i>potassium chloride-</i> <i>dextrose 5% kcl 20 meq/l in</i> <i>d5w solution</i>	1	
<i>potassium citrate er (er 5</i> <i>tab, er 10 tb, er 15 tb)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 206

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>sodium chloride (saline 0.45% soln-excel con, sodium chloride 0.45% soln, sodium chloride 0.9% 100 ml, sodium chloride 0.9% 1,000 ml, sodium chloride 0.9% 250 ml, sodium chloride 0.9% 50 ml, sodium chloride 0.9% 500 ml, sodium chloride 0.9% ampule, sodium chloride 0.9% irrig, sodium chloride 0.9% irrig., sodium chloride 0.9% prcss sol, sodium chloride 0.9% sol-excel, sodium chloride 0.9% soln, sodium chloride 0.9% solution, sodium chloride 0.9% vial)</i>	1	
<i>sodium chloride-water 0.9%-water</i>	1	
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
CHEMET 100 MG CAPSULE	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>deferasirox (90 mg granule pkt, 90 mg tablet, 125 mg tb for susp, 180 mg granule pkt, 180 mg tablet, 250 mg tb for susp, 360 mg granule pkt, 360 mg tablet, 500 mg tb for susp)</i>	1	PA
EXJADE (125 MG TABLET, 250 MG TABLET, 500 MG TABLET)	1	PA
JADENU (90 MG TABLET, 180 MG TABLET, 360 MG TABLET)	1	PA
JADENU SPRINKLE (90 MG GRANULE, 180 MG GRANULE, 360 MG GRANULE)	1	PA
JYNARQUE (15 MG TABLET, 15 MG-15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 30 MG-15 MG TABLET, 45 MG-15 MG TABLET, 60 MG-30 MG TABLET, 90 MG-30 MG TABLET)	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 208

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SAMSCA (15 MG TABLET, 30 MG TABLET)	1	PA
SYPRINE 250 MG CAPSULE	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tolvaptan (15 mg tablet, 15 mg-15 mg tablet, 30 mg tablet, 30 mg-15 mg tablet, 45 mg-15 mg tablet, 60 mg-30 mg tablet, 90 mg-30 mg tablet)</i>	1	PA
<i>trientine hcl 250 mg capsule</i>	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>dextrose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 1,000 ml, 5%-water 250 ml, 5%-water 50 ml, 5%-water iv soln, 10%-water iv solution)</i>	1	
<i>glucose in water (50 ml, 100 ml)</i>	1	
INTRALIPID 20% IV FAT EMUL	1	PA
NUTRILIPID 20% IV FAT EMULSION	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 209

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TRAVASOL 10% SOLN VIAFLEX	1	PA
TROPHAMINE 10% IV SOLUTION	1	PA
Potassium Binders		
<i>kionex 15 gm/60 ml suspension</i>	1	
LOKELMA (5 POWDER PACKET, 10 POWDER PACKET)	1	
<i>sodium polystyrene sulfonate (sodium polystyrene sulf powder, sps 15 gm/60 ml suspension)</i>	1	
SPS (15 GM/60 ML SUSPENSION, 30 GM/120 ML ENEMA SUSP)	1	
Gastrointestinal Agents		
Anti-Constipation Agents		
<i>constulose 10 gm/15 ml soln</i>	1	
<i>enulose 10 gm/15 ml solution</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 210

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>generlac 10 gm/15 ml solution</i>	1	
<i>lactulose (10 gm/15 ml soln cup, 10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml soln cup, 20 gm/30 ml solution)</i>	1	
LINZESS (72 MCG CAPSULE, 145 MCG CAPSULE, 290 MCG CAPSULE)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lubiprostone 24 mcg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lubiprostone 8 mcg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TABLET, 25 MG TABLET)	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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 211

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Anti-Diarrheal Agents		
<i>alose tron hcl (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>diphenoxylate-atropine 2.5</i>	1	PA
<i>loperamide 2 mg capsule</i>	1	
LOTRONEX (0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VIBERZI (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
XERMELO 250 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Antispasmodics, Gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl (10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet)</i>	1	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	1	
<i>methscopolamine bromide (2.5 mg tb, 5 mg tab)</i>	1	
Gastrointestinal Agents, Other		
<i>bismuth-metronidazole-tetracyc bismuth-metro-tetr 140-125-125</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 212

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>chenodal 250 mg tablet</i>	1	PA
<i>gavilyte-c solution</i>	1	
<i>gavilyte-g solution</i>	1	
<i>gavilyte-n solution</i>	1	
GOLYTELY SOLUTION	1	
<i>metoclopramide hcl (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml cup, 10 mg/10 ml sol)</i>	1	
MOVIPREP POWDER PACKET	1	
<i>peg 3350-electrolyte solution</i>	1	
<i>peg-3350 and electrolytes soln</i>	1	
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c 100-7.5-2.691-1.01-5.9</i>	1	
PYLERA 140-125-125 MG CAPSULE	1	
REGLAN (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	
<i>sod sulf-potass sulf-mag sulf -potass -mag sol</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 213

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SUPREP SUBOWEL KIT	1	
SUTAB SU1.479-0.225-0.188 GM	1	
<i>ursodiol (250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	1	
VOWST CAPSULE	1	PA, QL (12 PER 56 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

Histamine2 (H2) Receptor Antagonists

<i>cimetidine (200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	1	
<i>famotidine (20 mg tablet, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml susp)</i>	1	
<i>nizatidine (150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	1	

Protectants

CARAFATE (1 GM TABLET, 1 GM/10 ML SUSP)	1	
---	---	--

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
CYTOTEC (100 MCG TABLET, 200 MCG TABLET)	1	
<i>misoprostol (100 mcg tablet, 200 mcg tablet)</i>	1	
<i>sucralfate (1 gm tablet, 1 gm/10 ml susp, 1 gm/10 ml susp cup)</i>	1	
Proton Pump Inhibitors		
<i>esomeprazole magnesium (dr 2.5 mg packet, dr 5 mg packet, dr 10 mg packet, dr 20 mg packet, mag dr 20 mg cap, mag dr 40 mg cap)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lansoprazole (dr 15 mg capsule, dr 30 mg capsule)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
NEXIUM (DR 2.5 MG PACKET, DR 5 MG PACKET, 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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 215

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>omeprazole (dr 20 mg capsule, dr 40 mg capsule)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>omeprazole dr 10 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pantoprazole sodium dr 20 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pantoprazole sodium dr 40 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PREVACID DR 30 MG CAPSULE	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
PROTONIX DR 20 MG TABLET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
PROTONIX DR 40 MG TABLET	1	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>rabeprazole sodium dr 20 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment

ATTRUBY 356 MG TABLET	1	PA, QL (112 PER 28 DAYS)
<i>betaine anhydrous 1 gram/scoop powder</i>	1	
BUPHENYL 500 MG TABLET	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 216

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
CARNITOR (1 GM/10 ML ORAL SOLN, 100 MG/ML ORAL SOLN, 330 MG TABLET)	1	
CARNITOR SF 1 GM/10 ML SOLN	1	
CEREZYME 400 UNIT VIAL	1	PA
CREON (DR 3,000 UNIT CAPSULE, DR 6,000 UNIT CAPSULE, DR 12,000 UNIT CAPSULE, DR 24,000 UNIT CAPSULE, DR 36,000 UNIT CAPSULE)	1	
<i>cromolyn sodium 100 mg/5 ml oral conc</i>	1	
CRYSVITA (10 MG/ML VIAL, 20 MG/ML VIAL, 30 MG/ML VIAL)	1	PA
CYSTADANE 1 GRAM/SCOOP POWDER	1	
CYSTAGON (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 217

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ELELYSO 200 UNITS VIAL	1	PA
ENDARI 5 GRAM POWDER PACKET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
KUVAN (100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET, 500 MG POWDER PACKET)	1	PA
<i>l-glutamine 5 gram powder pkt</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>levocarnitine (1 g/10 ml cup, 1 g/10 ml soln, 330 mg tablet, 500 mg/5 ml cup)</i>	1	
<i>miglustat 100 mg capsule</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>nitisinone (2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule, 20 mg capsule)</i>	1	
ORFADIN (2 MG CAPSULE, 4 MG/ML SUSPENSION, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE)	1	
PALYNZIQ (2.5 MG/0.5 ML SYRINGE, 10 MG/0.5 ML SYRINGE, 20 MG/ML SYRINGE)	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 218

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
PROLASTIN C (MG VIAL, MG/20 ML VL)	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 2.4 MG/1.5 ML VIAL	1	PA
REZDIFFRA (60 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg powder pkt, 100 mg tablet, 500 mg powder pkt)</i>	1	PA
<i>sodium phenylbutyrate (500mg tb, powder)</i>	1	PA
STRENSIQ (18 MG/0.45 ML VIAL, 28 MG/0.7 ML VIAL, 40 MG/ML VIAL, 80 MG/0.8 ML VIAL)	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 219

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
VPRIV 400 UNITS VIAL	1	Gaucher Enzyme Replacement PA - Vpriv
WELIREG 40 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>yargesa 100 mg capsule</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>zelvysia (100 mg packet, 500 mg packet)</i>	1	PA
ZENPEP (DR 3,000 UNIT CAPSULE, DR 5,000 UNIT CAPSULE, DR 10,000 UNIT CAPSULE, DR 15,000 UNIT CAPSULE, DR 20,000 UNIT CAPSULE, DR 25,000 UNIT CAPSULE, DR 40,000 UNIT CAPSULE, DR 60,000 UNIT CAPSULE)	1	
ZOKINVY (50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	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 17 y 220

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Genitourinary Agents

Antispasmodics, Urinary

<i>darifenacin er (er 7.5 mg tablet, er 15 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fesoterodine fumarate er (er 4 mg tablet, er 8 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
GEMTESA 75 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ (ER 25 MG TABLET, ER 50 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ ER 8 MG/ML SUSP	1	QL (300 PER 28 DAYS)
<i>oxybutynin chloride (5 mg/5 ml soln cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/5 ml syrup)</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride er cl 10 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride er cl 15 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 221

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>oxybutynin chloride er cl 5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>solifenacin succinate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tolterodine tartrate er (er 2 mg cap, er 4 mg cap)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TOVIAZ (ER 4 MG TABLET, ER 8 MG TABLET)	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>trospium chloride 20 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>trospium chloride er 60 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Benign Prostatic Hypertrophy Agents		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dutasteride 0.5 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dutasteride-tamsulosin 0.5</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>finasteride 5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PROSCAR 5 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 17 y 222

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
RAPAFLO (4 MG CAPSULE, 8 MG CAPSULE)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>silodosin (4 mg capsule, 8 mg capsule)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tadalafil (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Contraceptives, Other		
LILETTA 52 MG SYSTEM	1	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	1	
SKYLA 13.5 MG SYSTEM	1	
Genitourinary Agents, Other		
<i>bethanechol chloride (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	
DEPEN 250 MG TITRATAB	1	
<i>penicillamine 250 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 223

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Adrenal)

ACTHAR GEL 400 UNIT/5 ML VIAL	1	PA
ACTHAR SELFJECT (40 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/ML)	1	PA
CORTEF (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	
<i>dexamethasone (0.5 mg tablet, 0.5 mg/5 ml cup, 0.5 mg/5 ml elx, 0.5 mg/5 ml liq, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 6 day 1.5 mg tab, 6 mg tablet, 10 day 1.5 mg tb, 13 day 1.5 mg tb)</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tablet</i>	1	
HEMADY 20 MG TABLET	1	
<i>hidex 6 day 1.5 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>hydrocortisone (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
MEDROL (4 MG DOSEPAK, 4 MG TABLET, 8 MG TABLET, 16 MG TABLET)	1	
<i>methylprednisolone (4 mg dosepak, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	1	
<i>prednisolone (15 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml syrup, 15mg/5ml soln cup)</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate (5 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml soln, 15mg/5ml soln cup, sod ph 25 mg/5 ml)</i>	1	
<i>prednisone (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tab dose pack, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tab dose pack, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>taperdex 6 day 1.5 mg tablet</i>	1	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Pituitary)		
CHORIONIC GONADOTROPIN 10,000 UNIT VL	1	PA
DDAVP (0.1 MG TABLET, 0.2 MG TABLET)	1	
<i>desmopressin acetate (0.01% solution, 0.01% spray, ac 4 mcg/ml ampul, ac 4 mcg/ml vial, acetate 0.1 mg tb, acetate 0.2 mg tb, 10 mcg/0.1 ml spr, 40 mcg/10 ml vial)</i>	1	
INCRELEX 40 MG/4 ML VIAL	1	
OMNITROPE (5 MG/1.5 ML CRTG, 5.8 MG VIAL, 10 MG/1.5 ML CRTG)	1	PA
PREGNYL 10,000 UNIT VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

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

Androgens

<i>danazol (50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	1	PA
DEPO-TESTOSTERONE (200 MG/ML, 200 MG/ML VL, 1,000MG/10ML)	1	PA
<i>methyltestosterone 10 mg cap</i>	1	PA
<i>testosterone (1% (50 mg/5 g) pk, 12.5 mg/1.25 gram, 50 mg/5 gram gel, 50 mg/5 gram pkt)</i>	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>testosterone (1.62% (2.5 g) pkt, 1.62% gel pump)</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk</i>	1	PA, QL (225 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 1.62%(1.25 g) pkt</i>	1	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 227

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml, 200 mg/ml, 500 mg/2.5 ml, 500 mg/5 ml, 1,000 mg/10ml, 1,000 mg/5 ml, 2,000 mg/10ml, 6,000 mg/30ml)</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate (testosteron 1,000 mg/5 ml, testosterone 200 mg/ml)</i>	1	PA
Estrogens		
<i>conjugated estrogens (estrogen 0.625mg, estrogens 0.3 mg, estrogens 0.45mg, estrogens 0.9 mg, estrogens 1.25mg)</i>	1	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML VIAL	1	
DIVIGEL (0.25 MG GEL PACKET, 0.5 MG GEL PACKET, 0.75 MG GEL PACKET, 1 MG GEL PACKET, 1.25 MG GEL PACKET)	1	
<i>dotti (0.025 mg patch, 0.0375 mg patch, 0.05 mg patch, 0.075 mg patch, 0.1 mg patch)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 228

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ESTRACE 0.01% CREAM	1	
<i>estradiol (0.01% cream, 0.1% (0.25mg) gel pk, 0.1% (0.5mg) gel pkt, 0.1% (0.75mg) gel pk, 0.1% (1 mg) gel pkt, 0.1% (1.25mg) gel pk, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 10 mcg vaginal insrt)</i>	1	
<i>estradiol (once weekly) (0.025 mg patch(1/wk), 0.0375mg patch(1/wk), 0.05 mg patch (1/wk), 0.06 mg patch (1/wk), 0.075 mg patch(1/wk), 0.1 mg patch (1/wk))</i>	1	
<i>estradiol (twice weekly) (0.025 mg patch(2/wk), 0.0375mg patch(2/wk), 0.05 mg patch (2/wk), 0.075 mg patch(2/wk), 0.1 mg patch (2/wk))</i>	1	
<i>estradiol valerate (50 mg/5 ml, 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 229

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ESTRING (2 MG VAGINAL RING, 7.5 MCG/DAY (2MG) RING)	1	
<i>lyllana (0.025 mg patch, 0.0375 mg patch, 0.05 mg patch, 0.075 mg patch, 0.1 mg patch)</i>	1	
MENEST (0.3 MG TABLET, 0.625 MG TABLET, 1.25 MG TABLET, 2.5 MG TABLET)	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 10 MCG VAGINAL TAB	1	
<i>yuvafem (10 mcg insert, 10 mcg tablet)</i>	1	
<i>abigale 1 mg-0.5 mg tablet</i>	1	
<i>abigale lo 0.5-0.1 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 230

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>afirmelle afirmelle-28 tablet</i>	1	
<i>altavera altavera-28 tablet</i>	1	
<i>alyacen (1-35 28 tablet, 7-7-7-28 tablet)</i>	1	
<i>amabelz (0.5 mg-0.1 mg tablet, 1 mg-0.5 mg tablet)</i>	1	
<i>amethia 0.15-0.03-0.01 mg tab</i>	1	
<i>amethyst 90-20 mcg tablet</i>	1	
<i>apri 28 day tablet</i>	1	
<i>aranelle 28 tablet</i>	1	
<i>ashlyna 0.15-0.03-0.01 mg tab</i>	1	
<i>aubra aubra-28 tablet</i>	1	
<i>aubra eq eq-28 tablet</i>	1	
<i>aurovela (1 mg-20 mcg tablet, 21 1.5-30 tablet)</i>	1	
<i>aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg tab</i>	1	
<i>aurovela fe (1-20 tablet, 1.5 mg-30 mcg tab)</i>	1	
<i>aviane aviane-28 tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 231

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ayuna ayuna-28 tablet</i>	1	
<i>azurette 28 day tablet</i>	1	
<i>balziva 28 tablet</i>	1	
<i>blisovi 24 fe tablet</i>	1	
<i>blisovi fe (1-20 tablet, 1.5-30 tablet)</i>	1	
<i>briellyn tablet</i>	1	
<i>camrese 0.15-0.03-0.01 mg tab</i>	1	
<i>camrese lo tablet</i>	1	
<i>chateal eq eq-28 tablet</i>	1	
COMBIPATCH (0.05-0.14 MG, 0.05-0.25 MG)	1	
<i>cryselle cryselle-28 tablet</i>	1	
<i>cyred 28 day tablet</i>	1	
<i>cyred eq 28 day tablet</i>	1	
<i>dasetta (1-35-28 tablet, 7/7/7-28 tablet)</i>	1	
<i>daysee 0.15-0.03-0.01 mg tab</i>	1	
<i>desogestr-eth estrad eth estra</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 232

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>dolishale 90-20 mcg tablet</i>	1	
<i>drospirenone-eth estra-levomef (3-0.02-0.451, 3-0.03-0.451)</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	1	
<i>elinest elinest-28 tablet</i>	1	
<i>eluryng vaginal ring</i>	1	
<i>enilloring vaginal</i>	1	
<i>enpresse enpresse-28 tablet</i>	1	
<i>enskyce 28 tablet</i>	1	
<i>estarylla 0.25-0.035 mg tablet</i>	1	
<i>estradiol-norethindrone acetat (0.5-0.1 mg tb, 1-0.5 mg tab)</i>	1	
<i>ethynodiol-ethinyl estradiol (1mg-35mcg, 1mg-50mcg)</i>	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol etonogestrel-ee vaginal ring</i>	1	
<i>falmina falmina-28 tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 233

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>feirza (1 mg-20 mcg tablet, 1.5 mg-30 mcg tablet)</i>	1	
<i>fyavolv 1 mg-5 mcg tablet</i>	1	
<i>galbriela 0.8-0.025 mg chew tb</i>	1	
<i>gemmily 1 mg-20 mcg capsule</i>	1	
<i>hailey 21 1.5 mg-30 mcg tab</i>	1	
<i>hailey 24 fe 1 mg-20 mcg tab</i>	1	
<i>hailey fe (1-20 tablet, 1.5- 30 tablet)</i>	1	
<i>haloette vaginal ring</i>	1	
<i>iclevia 0.15 mg-0.03 mg tablet</i>	1	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tablet</i>	1	
<i>isibloom 28 day tablet</i>	1	
<i>jaimiess 0.15-0.03-0.01 mg tab</i>	1	
<i>jasmiel 3 mg-0.02 mg tablet</i>	1	
<i>jinteli 1 mg-5 mcg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/04/2026 abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 234

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>jolessa 0.15 mg-0.03 mg tablet</i>	1	
<i>juleber 28 day tablet</i>	1	
<i>junel (1 mg-20 mcg tablet, 1.5 mg-30 mcg tablet)</i>	1	
<i>junel fe (1 mg-20 mcg tablet, 1.5 mg-30 mcg tablet)</i>	1	
<i>junel fe 24 tablet</i>	1	
<i>kaitlib fe 0.8-0.025mg chew tb</i>	1	
<i>kalliga 28 day tablet</i>	1	
<i>kariva 28 day tablet</i>	1	
<i>kelnor 1-35 28 tablet</i>	1	
<i>kelnor 1-50 tablet</i>	1	
<i>kurvelo kurvelo-28 tablet</i>	1	
<i>larin (1.5 mg-30 mcg tablet, 21 1-20 tablet)</i>	1	
<i>larin 24 fe 1 mg-20 mcg tablet</i>	1	
<i>larin fe (1-20 tablet, 1.5-30 tablet)</i>	1	
LAYOLIS FE CHEWABLE TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/04/2026 abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 235

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>leena 28 tablet</i>	1	
<i>lessina lessina-28 tablet</i>	1	
<i>levonest levonest-28 tablet</i>	1	
<i>levonorg-eth estrad eth estrad (levono-e 0.15-0.03-0.01, levonor-e 0.1-0.02-0.01)</i>	1	
<i>levonorgestrel-eth estradiol (estra 0.09-0.02 mg, estrad 0.1-0.02 mg, estrad 0.15, estrad triphasic)</i>	1	
<i>levora-28 tablet</i>	1	
<i>lo-zumandimine 3 mg-0.02 mg tb</i>	1	
LOESTRIN (21 1-20 TABLET, 21 1.5-30 TABLET)	1	
LOESTRIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TABLET)	1	
<i>lojaimiess 0.1-0.02-0.01 tab</i>	1	
<i>loryna 3 mg-0.02 mg tablet</i>	1	
<i>low-ogestrel low-ogestrel-28 tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 236

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>luizza (1 mg-20 mcg tablet, 1.5 mg-30 mcg tablet)</i>	1	
<i>lutra lutra-28 tablet</i>	1	
<i>marlissa marlissa-28 tablet</i>	1	
<i>merzee 1 mg-20 mcg capsule</i>	1	
<i>microgestin (21 1-20 tablet, 21 1.5-30 tab)</i>	1	
<i>microgestin fe (1-20 tablet, 1.5-30 tab)</i>	1	
<i>mili 0.25-0.035 mg tablet</i>	1	
<i>mimvey 1-0.5 mg tablet</i>	1	
<i>mono-linyah 28 tablet</i>	1	
<i>necon 0.5-35-28 tablet</i>	1	
<i>nikki 3 mg-0.02 mg tablet</i>	1	
<i>norelgestromin-eth estradiol norelgestrom-ee 150-35 mcg/day</i>	1	
<i>norethin-eth estra-ferrous fum (noret-estr-fe 0.4- 0.035(21)-75, norethin- estra-fe 0.8-0.025 mg)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/04/2026 abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 237

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>norethindron-ethinyl estradiol (norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb, norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg, norethind-eth estrad 1-0.02 mg)</i>	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron (1 mg/20-30-35 mcg, 1-0.02(21)-75 tab, 1-0.02(24)-75 cap, 1.5-0.03mg(21)-75)</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol (norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025, norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035, norg-ethin estra 0.25-0.035 mg, norgestimate-ee 0.25-0.035 mg)</i>	1	
<i>nortrel (0.5-35-28 tablet, 1-35 21 tablet, 1-35 28 tablet, 7-7-7-28 tablet)</i>	1	
NUVARING NUVAVAGINAL	1	
<i>nylia (1-35 28 tablet, 7-7-7-28 tablet)</i>	1	
<i>ocella 3 mg-0.03 mg tablet</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>philith 0.4-0.035 mg tablet</i>	1	
<i>pimtrea 28 day tablet</i>	1	
<i>portia portia-28 tablet</i>	1	
PREMPHASE 0.625-5 MG TABLET	1	
PREMPRO (0.3 MG-1.5 MG TABLET, 0.45-1.5 MG TABLET, 0.625-2.5 MG TABLET, 0.625-5 MG TABLET)	1	
<i>reclipsen 28 day tablet</i>	1	
<i>setlakin 0.15 mg-0.03 mg tab</i>	1	
<i>simliya 28 day tablet</i>	1	
<i>simpesse 0.15-0.03-0.01 mg tab</i>	1	
<i>sprintec 28 day tablet</i>	1	
<i>sronyx 0.10-0.02 mg tablet</i>	1	
<i>syeda 28 tablet</i>	1	
<i>tarina 24 fe 1 mg-20 mcg tab</i>	1	
<i>tarina fe 1-20 eq tablet</i>	1	
<i>tarina fe 1-20 tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 239

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>taysofy 1 mg-20 mcg capsule</i>	1	
<i>tilia fe 28 tablet</i>	1	
<i>tri-estarylla tablet</i>	1	
<i>tri-legest fe fe-28 day tablet</i>	1	
<i>tri-linyah tablet</i>	1	
<i>tri-lo-estarylla tablet</i>	1	
<i>tri-lo-marzia tablet</i>	1	
<i>tri-lo-mili tablet</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec tablet</i>	1	
<i>tri-mili 28 tablet</i>	1	
<i>tri-nymyo 28 tablet</i>	1	
<i>tri-sprintec tablet</i>	1	
<i>tri-vylibra 28 tablet</i>	1	
<i>tri-vylibra lo tablet</i>	1	
<i>trivora-28 tablet</i>	1	
<i>turqoz turqoz-28 tablet</i>	1	
<i>tydemy 3-0.03-0.451 mg tablet</i>	1	
<i>valtya (1 mg-35 mcg tablet, 1 mg-50 mcg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 240

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>velivet 28 day tablet</i>	1	
<i>vestura 3 mg-0.02 mg tablet</i>	1	
<i>vienva vienva-28 tablet</i>	1	
<i>viorele 28 day tablet</i>	1	
<i>volnea 0.15-0.02-0.01 mg tab</i>	1	
<i>vyfemla 0.4 mg-0.035 mg tablet</i>	1	
<i>vylibra 28 tablet</i>	1	
<i>wera 0.5/0.035 mg 28 tablet</i>	1	
<i>wymzya fe 0.4-0.035 mg chew tb</i>	1	
<i>xarah fe 1 mg/20-30-35 mcg tab</i>	1	
<i>xelria fe 0.4-0.035 mg chew tb</i>	1	
<i>xulane 150-35 mcg/day patch</i>	1	
YASMIN 28 TABLET	1	
YAZ 28 TABLET	1	
<i>zafemy 150-35 mcg/day patch</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 241

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>zovia 1-35 tablet</i>	1	
<i>zumandimine 3 mg-0.03 mg tab</i>	1	
Progestins		
<i>camila 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>deblitane 0.35 mg tablet</i>	1	
DEPO-PROVERA (150 MG/ML SYRINGE, 150 MG/ML VIAL)	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SYRINGE	1	
<i>emzahh 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>errin 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>gallifrey 5 mg tablet</i>	1	
<i>heather 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>incassia 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>jencycla 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>lyleq 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>lyza 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>megestrol acetate (20 mg tablet, 40 mg tablet, acet 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp cup, acet 400 mg/10 ml)</i>	1	
<i>meleya 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>nora-be (nora-be tablet, nora-be tablet)</i>	1	
<i>norethindrone 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>norethindrone ac (lupaneta) norethindr 5 mg tb</i>	1	
<i>norethindrone acetate 5 mg tablet</i>	1	
<i>orquidea 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>progesterone (100 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	1	
PROVERA (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	
<i>sharobel 0.35 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
-----------------------------------	--	--------------------------------

Selective Estrogen Receptor Modifying Agents

DUAVEE 0.45-20 MG TABLET	1	
EVISTA 60 MG TABLET	1	
<i>raloxifene hcl 60 mg tablet</i>	1	

Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Thyroid)

CYTOMEL (5 MCG TABLET, 25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET)	1	
LEVO-T (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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>levothyroxine sodium (25 mcg tablet, 50 mcg tablet, 75 mcg tablet, 88 mcg tablet, 100 mcg tablet, 112 mcg tablet, 125 mcg tablet, 137 mcg tablet, 150 mcg tablet, 175 mcg tablet, 200 mcg tablet, 300 mcg tablet)</i>	1	
LEVOXYL (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)	1	
<i>liomny (5 mcg tablet, 25 mcg tablet, 50 mcg tablet)</i>	1	
<i>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SYNTHROID (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	
TIROSINT (13 MCG CAPSULE, 25 MCG CAPSULE, 37.5 MCG CAPSULE, 44 MCG CAPSULE, 50 MCG CAPSULE, 62.5 MCG CAPSULE, 75 MCG CAPSULE, 88 MCG CAPSULE, 100 MCG CAPSULE, 112 MCG CAPSULE, 125 MCG CAPSULE, 137 MCG CAPSULE, 150 MCG CAPSULE, 175 MCG CAPSULE, 200 MCG CAPSULE)	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TIROSINT-SOL (13 MCG/ML SOLN, 25 MCG/ML SOLN, 37.5 MCG/ML SOLN, 44 MCG/ML SOLN, 50 MCG/ML SOLN, 62.5 MCG/ML SOLN, 75 MCG/ML SOLN, 88 MCG/ML SOLN, 100 MCG/ML SOLN, 112 MCG/ML SOLN, 125 MCG/ML SOLN, 137 MCG/ML SOLN, 150 MCG/ML SOLN, 175 MCG/ML SOLN, 200 MCG/ML SOLN)	1	
UNITHROID (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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 247

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)

<i>cabergoline 0.5 mg tablet</i>	1	
ELIGARD (22.5 MG SYRINGE B, 22.5 MG SYRINGE KIT)	1	PA, QL (1 PER 84 OVER TIME)
ELIGARD (30 MG SYRINGE B, 30 MG SYRINGE KIT)	1	PA, QL (1 PER 112 OVER TIME)
ELIGARD (45 MG SYRINGE B, 45 MG SYRINGE KIT)	1	PA, QL (1 PER 168 OVER TIME)
ELIGARD (7.5 MG SYRINGE B, 7.5 MG SYRINGE KIT)	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
FIRMAGON (2 X 120 MG KIT, 80 MG KIT, 120 MG VIAL)	1	PA
KORLYM 300 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>leuprolide acetate (14 mg/2.8 ml kt, 14 mg/2.8 ml vial)</i>	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>leuprolide depot 22.5 mg vial</i>	1	PA, QL (1 PER 84 OVER TIME)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
LUPRON DEPOT (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
LUPRON DEPOT (LUPANETA) 3.75MG	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG 3MO	1	PA, QL (1 PER 84 OVER TIME)
LUPRON DEPOT-PED 45 MG 6MO KIT	1	PA, QL (1 PER 168 OVER TIME)
LUPRON DEPOT-PED 7.5 MG KIT	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
<i>mifepristone 300 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>octreotide acetate (acet 0.05 mg/ml vl, acet 50 mcg/ml amp, acet 50 mcg/ml syr, acet 50 mcg/ml vial, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml syr, acet 100 mcg/ml vl, acet 200 mcg/ml vl, acet 500 mcg/ml amp, acet 500 mcg/ml syr, acet 500 mcg/ml vl, 1,000 mcg/5 ml vial, 1,000 mcg/ml vial, 5,000 mcg/5 ml vial)</i>	1	PA
<i>octreotide acetate er (er 10 mg, er 20 mg, er 30 mg)</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 249

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SANDOSTATIN LAR DEPOT (10 MG KT, 10 MG VL, 20 MG KT, 20 MG VL, 30 MG KT, 30 MG VL)	1	PA
SIGNIFOR (0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML)	1	PA
SIGNIFOR LAR (10 MG KIT, 10 MG VIAL, 20 MG KIT, 20 MG VIAL, 30 MG KIT, 30 MG VIAL, 40 MG KIT, 40 MG VIAL, 60 MG KIT, 60 MG VIAL)	1	PA
SOMATULINE DEPOT (60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML, 120 MG/0.5 ML)	1	PA
SOMAVERT (10 MG VIAL, 15 MG VIAL, 20 MG VIAL, 25 MG VIAL, 30 MG VIAL)	1	PA
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	1	
TRELSTAR (3.75 MG VIAL, 11.25 MG VIAL, 22.5 MG VIAL)	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 250

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)

Antithyroid Agents

<i>methimazole (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
<i>propylthiouracil 50 mg tablet</i>	1	

Immunological Agents

Angioedema Agents

FIRAZYR 30 MG/3 ML SYRINGE	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
HAEGARDA 2,000 UNIT VIAL	1	PA, QL (27 PER 28 DAYS)
HAEGARDA 3,000 UNIT VIAL	1	PA, QL (18 PER 28 DAYS)
<i>icatibant 30 mg/3 ml syringe</i>	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sajazir 30 mg/3 ml syringe</i>	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)

Immunoglobulins

ATGAM 50 MG/ML AMPUL	1	PA
----------------------	---	----

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 251

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
GAMMAGARD LIQUID 10% VIAL	1	PA
GAMMAGARD LIQUID ERC (LIQUID 5 G/50 ML, LIQUID 10G/100ML)	1	PA
GAMMAGARD S-D (5 G (IGA<1) SOLN, 10 G (IGA<1) SOL)	1	PA
GAMMAPLEX (5 GRAM/100 ML VIAL, 5 GRAM/50 ML VIAL, 10 GRAM/100 ML VIAL, 10 GRAM/200 ML VIAL, 20 GRAM/200 ML VIAL, 20 GRAM/400 ML VIAL)	1	PA
GAMUNEX-C (1 GRAM/10 ML VIAL, 2.5 GRAM/25 ML VIAL, 5 GRAM/50 ML VIAL, 10 GRAM/100 ML VIAL, 20 GRAM/200 ML VIAL, 40 GRAM/400 ML VIAL)	1	PA
THYMOGLOBULIN 25 MG VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 252

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Immunological Agents, Other

ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	1	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	1	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
ARCALYST 220 MG VIAL	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
BENLYSTA (200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE)	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
COSENTYX (2 SYRINGES) 300 MG DOSE	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
COSENTYX SENSOREADY (2 PENS) SNRDY 300MG DOSE-2PEN	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
COSENTYX SYRINGE 150 MG/ML	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
COSENTYX SYRINGE 75 MG/0.5 ML	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 253

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML	1	PA, QL (3.42 PER 28 DAYS)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML	1	PA, QL (3.42 PER 28 DAYS)
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENTYVIO PEN 108 MG/0.68 ML	1	PA, QL (1.36 PER 28 DAYS)
ORENCIA 125 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ORENCIA 50 MG/0.4 ML SYRINGE	1	PA, QL (1.6 PER 28 DAYS)
ORENCIA 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE	1	PA, QL (2.8 PER 28 DAYS)
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
PYZCHIVA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, CDV 45 MG/0.5 ML SYR)	1	PA, QL (1.5 PER 84 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 254

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
PYZCHIVA (90 MG/ML SYRINGE, CDV 90 MG/ML SYRINGE)	1	PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)
PYZCHIVA 45 MG/0.5 ML VIAL	1	PA, QL (1.5 PER 84 DAYS)
RIDAURA 3 MG CAPSULE	1	
RINVOQ (ER 15 MG TABLET, ER 30 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
RINVOQ ER 45 MG TABLET	1	PA, QL (84 PER 180 OVER TIME)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 600 MG/10 ML VIAL	1	PA, QL (60 PER 180 OVER TIME)
SKYRIZI ON-BODY 180 MG/1.2 ML	1	PA, QL (8.4 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI ON-BODY 360 MG/2.4 ML	1	PA, QL (16.8 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML	1	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 255

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
STELARA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL)	1	PA, QL (1.5 PER 84 OVER TIME)
STELARA 130 MG/26 ML VIAL	1	PA, QL (104 PER 180 OVER TIME)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)
STEQEYMA 130 MG/26 ML VIAL	1	PA, QL (104 PER 180 OVER TIME)
STEQEYMA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	1	PA, QL (1.5 PER 84 OVER TIME)
STEQEYMA 90 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (3 PER 56 OVER TIME)
TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
TREMFYA ONE-PRESS 100 MG/ML	1	PA, QL (3 PER 56 OVER TIME)
TREMFYA PEN 100 MG/ML	1	PA, QL (3 PER 56 OVER TIME)
TREMFYA PEN 200 MG/2 ML	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
TREMFYA PEN INDUCTION (2 PEN) INDCT 200MG/2ML X2	1	PA, QL (12 PER 180 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 256

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TYENNE 162 MG/0.9 ML SYRINGE	1	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
TYENNE AUTOINJECTOR 162 MG/0.9 ML AUTOINJCT	1	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB-AEKN 45 MG SYRINGE	1	PA, QL (1.5 PER 84 OVER TIME)
USTEKINUMAB-AEKN 90 MG/ML SYR	1	PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)
XOLAIR (75 MG/0.5 ML AUTOINJECT, 75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/1.2 ML POWDER VL, 150 MG/ML AUTOINJECTOR, 150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML AUTOINJECT, 300 MG/2 ML SYRINGE)	1	PA
Immunostimulants		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	1	PA
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 257

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
PEGASYS (180 MCG/0.5 ML SYRINGE, 180 MCG/ML VIAL)	1	PA
Immunosuppressants		
ASTAGRAF XL (0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE)	1	PA
AZASAN (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	PA
<i>azathioprine (50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	PA
CELLCEPT (200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	1	PA
<i>cyclosporine (25 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	1	PA
<i>cyclosporine modified (25 mg, 50 mg, 100 mg, 100mg/ml)</i>	1	PA
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 258

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI 50 MG/ML CARTRIDGE	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENVARUSUS XR (0.75 MG TABLET, 1 MG TABLET, 4 MG TABLET)	1	PA
<i>everolimus (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	1	PA
<i>gengraf (25 mg capsule, 100 mg capsule, 100 mg/ml solution)</i>	1	PA
HADLIMA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	1	PA, QL (4.8 PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8 ML	1	PA, QL (4.8 PER 28 DAYS)
HADLIMA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRNG	1	PA, QL (2.4 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 259

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 40MG/0.4	1	PA, QL (2.4 PER 28 DAYS)
IMURAN 50 MG TABLET	1	PA
<i>leflunomide (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
<i>methotrexate (1 gm vial, 2.5 mg tablet, 50 mg/2 ml vial, 250 mg/10 ml vial)</i>	1	
<i>methotrexate sodium (1 gram/40 ml vial, 25 mg/ml vial, 50 mg/2 ml vial, 250 mg/10 ml vial)</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	1	PA
<i>mycophenolic acid (dr 180 mg, dr 360 mg)</i>	1	PA
MYFORTIC 180 MG TABLET	1	PA
MYHIBBIN 200 MG/ML SUSPENSION	1	PA
NEORAL (25 MG GELATIN CAPSULE, 100 MG GELATIN CAPSULE, 100 MG/ML SOLUTION)	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 260

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
PROGRAF (0.2 MG GRANULE PACKET, 0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 1 MG GRANULE PACKET, 5 MG CAPSULE)	1	PA
SANDIMMUNE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	1	PA
SIMLANDI(CF) 20 MG/0.2 SYRG	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI(CF) 40 MG/0.4 SYRG	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
SIMLANDI(CF) 80 MG/0.8 SYRG	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR AI 40 MG/0.4	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR AI 80 MG/0.8	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<i>sirolimus (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml solution, 2 mg tablet)</i>	1	PA
<i>tacrolimus (0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule (ir), 5 mg capsule (ir))</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 261

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA
ZORTRESS (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 0.75 MG TABLET, 1 MG TABLET)	1	PA
Vaccines		
ABRYSVO (ACT-O-VIAL, VIAL, VIAL WITH DILUENT SYRG)	1	QL (1 PER 999 OVER TIME)
ACTHIB (VIAL, WITH DILUENT)	1	
ADACEL TDAP (SYRINGE, VIAL)	1	
AREXVY VIAL KIT	1	QL (1 PER 999 OVER TIME)
BCG VACCINE (TICE STRAIN) VIAL	1	
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	1	
BOOSTRIX TDAP (SYRINGE, VIAL)	1	
DAPTACEL DTAP VACCINE	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
DENGVAXIA (VIAL, VIAL WITH DILUENT)	1	
ENGERIX-B ADULT (20 MCG/ML SYRN, 20 MCG/ML VIAL)	1	PA
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT 10 MCG/0.5 SYRN	1	PA
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE) 1 ML VIAL (STOCKPILE)	1	
GARDASIL 9 (9 SYRINGE, 9 VIAL)	1	
HAVRIX (720 UNIT/0.5 ML SYRINGE, 720 UNITS/0.5 ML VIAL, 1,440 UNIT/ML SYRINGE)	1	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5 ML SYRNG	1	PA
HIBERIX (VACCINE VIAL, VIAL AND DILUENT SYRG)	1	
IMOVAX RABIES VACCINE VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 263

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
INFANRIX DTAP SYRINGE	1	
I POL VIAL	1	
IXIARO 6 UNIT(6 MCG)/0.5ML SYR	1	
JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE) 0.5 ML VIAL(STOCKPILE)	1	PA
JYNNEOS 0.5 ML VIAL	1	PA
KINRIX TIP-LOK SYRINGE	1	
M-M-R II VACCINE VIAL	1	
MENQUADFI VIAL	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (1 VIAL-A-C-Y-W-135-DIP, A-C-Y-W KIT (2 VIALS))	1	
MRESVIA 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	1	QL (0.5 PER 999 OVER TIME)
PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	1	
PEDVAXHIB VACCINE VIAL	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
PENBRAYA KIT	1	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y KIT	1	
PENTACEL VIAL KIT	1	
PRIORIX VIAL	1	
PROQUAD VIAL	1	
QUADRACEL DTAP-IPV (SYRINGE, VIAL)	1	
RABAVERT (VACC W-DILUENT, VACCINE VIAL)	1	PA
RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5 ML SYR, 5 MCG/0.5 ML VL, 10 MCG/ML SYR, 10 MCG/ML VIAL, 40 MCG/ML VIAL)	1	PA
ROTARIX VACCINE ORAL SYRINGE	1	
ROTATEQ VACCINE	1	
SHINGRIX 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	1	QL (1 PER 999 OVER TIME)
SHINGRIX VIAL KIT	1	QL (2 PER 999 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 265

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
STAMARIL VIAL	1	
TENIVAC (SYRINGE, VIAL)	1	PA
TICOVAC (1.2 MCG/0.25 ML SYRINGE, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE)	1	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCIN	1	
TWINRIX VACCINE SYRINGE	1	
TYPHIM VI (25 MCG/0.5 ML AL, 25 MCG/0.5 ML SYRNG)	1	
VAQTA (25 UNITS/0.5 ML SYRINGE, 25 UNITS/0.5 ML VIAL, 50 UNITS/ML SYRINGE, 50 UNITS/ML VIAL)	1	
VARIVAX VACCINE (VIAL, WITH DILUENT)	1	
VAXCHORA VACCINE	1	
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML SYRINGE	1	
VIVOTIF EC CAPSULE	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
YF-VAX (1 VIAL, 5 VIAL)	1	

Inflammatory Bowel Disease Agents

Aminosalicylates

APRISO ER 0.375 GRAM CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
AZULFIDINE (500 MG TABLET, ENTAB 500 MG)	1	
<i>balsalazide disodium 750 mg cp</i>	1	
CANASA 1,000 MG SUPPOSITORY	1	
DIPENTUM 250 MG CAPSULE	1	
LIALDA DR 1.2 GM TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine (4 gm/60 ml enema, 4 gm/60 ml kit, 1,000 mg supp)</i>	1	
<i>mesalamine 800 mg dr tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 267

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>mesalamine dr 400 mg capsule</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine er 0.375 gram cap</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine er 500 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
PENTASA 250 MG CAPSULE	1	QL (480 PER 30 DAYS)
PENTASA 500 MG CAPSULE	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ROWASA 4 GM/60 ML ENEMA KIT	1	
SFROWASA 4 GM/60 ML ENEMA	1	
<i>sulfasalazine 500 mg tablet</i>	1	
<i>sulfasalazine dr 500 mg tab</i>	1	
Glucocorticoids		
<i>budesonide dr 3 mg capsule</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>budesonide ec 3 mg capsule</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>budesonide er 9 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 268

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

Metabolic Bone Disease Agents

<i>alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ATELVIA DR 35 MG TABLET	1	QL (4 PER 28 DAYS)
BONSITY 560 MCG/2.24 ML PEN	1	PA
<i>calcitonin-salmon 200 unit spr</i>	1	
<i>calcitriol (0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml solution)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 269

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>cinacalcet hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet)</i>	1	PA
FORTEO 560 MCG/2.24 ML PEN INJ	1	PA
FOSAMAX 70 MG TABLET	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	1	QL (1 PER 28 DAYS)
JUBBONTI 60 MG/ML SYRINGE	1	PA
OSENVELT 120 MG/1.7 ML VIAL	1	PA
<i>paricalcitol (1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 4 mcg capsule)</i>	1	
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE	1	PA
<i>risedronate sodium (5 mg tablet, 30 mg tab)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	1	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 270

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>risedronate sodium dr 35 mg tab</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
ROCALTROL (0.25 MCG CAPSULE, 0.5 MCG CAPSULE, 1 MCG/ML ORAL SOLN)	1	
SENSIPAR (30 MG TABLET, 60 MG TABLET, 90 MG TABLET)	1	PA
STOBOCLO 60 MG/ML SYRINGE	1	PA
<i>teriparatide (teriparatide 560mcg/2.24ml pen, teriparatide 560mcg/2.24ml pen)</i>	1	PA
TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTR	1	PA
WYOST 120 MG/1.7 ML VIAL	1	PA
XGEVA 120 MG/1.7 ML VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 271

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Ophthalmic Agents

Ophthalmic Agents, Other

<i>atropine sulfate (1% drop, 1% drops)</i>	1	
<i>brimonidine tartrate-timolol brimonidine-timolol 0.2%-0.5%</i>	1	
COMBIGAN 0.2%-0.5% EYE DROPS	1	
COSOPT EYE DROPS	1	
CYSTADROPS CYSTA0.37% EYE	1	PA, QL (20 PER 28 DAYS)
CYSTARAN 0.44% EYE DROPS	1	PA, QL (60 PER 28 DAYS)
<i>dorzolamide-timolol eye drops</i>	1	
MAXITROL EYE OINTMENT	1	
MIEBO 100% EYE DROP	1	PA, QL (3 PER 30 DAYS)
<i>neo-polycin hc eye ointment</i>	1	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc neo-bacit-poly-hc eye ointment</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 272

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (neomyc-polym-dexamet ointm, neomyc-polym-dexameth drop)</i>	1	
RESTASIS 0.05% EYE EMULSION	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sulfacetamide-prednisolone sulf-pred 10-0.23% eye drops</i>	1	
TOBRADEX EYE OINTMENT	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp</i>	1	
XDEMVIY 0.25% DROP	1	PA
XIIDRA 5% EYE DROPS	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
Ophthalmic Anti-Infectives		
<i>bacitracin 500 unit/gm ophth</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin eye oint</i>	1	
BESIVANCE 0.6% SUSP	1	
<i>ciprofloxacin hcl 0.3% eye drop</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 273

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>erythromycin 0.5% eye ointment</i>	1	
<i>gatifloxacin 0.5% eye drops</i>	1	
<i>gentamicin sulfate 0.3% eye drop</i>	1	
<i>moxifloxacin (0.5% drops, 0.5% drp-visc)</i>	1	
NATACYN 5% EYE DROPS	1	
<i>neo-polycin eye ointment</i>	1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin neomyc-bacitpolymix eye oint</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin neomyc-polymgramicid eye drop</i>	1	
OCUFLOX 0.3% EYE DROPS	1	
<i>ofloxacin 0.3% eye drops</i>	1	
<i>polycin eye ointment</i>	1	
<i>polymyxin b sul-trimethoprim b-tmp eye drops</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (10% drops, 10% ointment)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	1	
<i>trifluridine 1% eye drops</i>	1	
VIGAMOX 0.5% EYE DROPS	1	
Ophthalmic Anti-allergy Agents		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	1	
<i>cromolyn sodium 4% eye drops</i>	1	
<i>epinastine hcl 0.05% eye drops</i>	1	
Ophthalmic Anti-inflammatories		
ACULAR 0.5% EYE DROPS	1	
ACULAR LS 0.4% OPTH SOL	1	
<i>bromfenac sodium (0.07%, 0.09%)</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate 0.1% eye drop</i>	1	
<i>diclofenac sodium 0.1% eye drops</i>	1	
<i>difluprednate 0.05% eye drop</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 275

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
DUREZOL 0.05% EYE DROPS	1	
EYSUVIS 0.25% EYE DROPS	1	PA
<i>fluorometholone 0.1% eye drop</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium 0.03% eye drop</i>	1	
FML LIQUIFILM 0.1% EYE DROP	1	
ILEVRO 0.3% OPHTH DROPS	1	
INVELTYS 1% EYE DROP	1	
<i>ketorolac tromethamine (0.4%, 0.5%)</i>	1	
PRED FORTE 1% EYE DROPS	1	
PRED MILD 0.12% EYE DROPS	1	
<i>prednisolone acetate 1% eye drop</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate 1% eye drop</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/04/2026 abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 276

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

PROLENSA 0.07% EYE DROPS	1	
--------------------------	---	--

Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents

<i>betaxolol hcl 0.5% eye drop</i>	1	
------------------------------------	---	--

BETOPTIC S (0.25% DROP, 0.25% DROP)	1	
-------------------------------------	---	--

<i>carteolol hcl 1% eye drops</i>	1	
-----------------------------------	---	--

ISTALOL 0.5% EYE DROPS	1	
------------------------	---	--

<i>levobunolol hcl 0.5% eye drops</i>	1	
---------------------------------------	---	--

<i>timolol maleate (0.25% gel-solution, maleate 0.25% eye drop, 0.5% eye drop, 0.5% gel-solution, 0.5% gfs gel-solution, maleate 0.5% eye drop, maleate 0.5% eye drops)</i>	1	
---	---	--

TIMOPTIC OCUDOSE (0.25% DROP, 0.5% DROP)	1	
--	---	--

Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other

ALPHAGAN P (ALHAGAN 0.1% DROS, ALHAGAN 0.15% EYE DROS)	1	
--	---	--

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 277

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
AZOPT 1% EYE DROPS	1	
<i>brimonidine tartrate (tartrate 0.1% drop, tartrate 0.15% drp, 0.2% eye drop)</i>	1	
<i>brinzolamide 1% eye drops</i>	1	
<i>dorzolamide hcl 2% eye drops</i>	1	
<i>pilocarpine hcl (1% drops, 2% drops, 4% drops)</i>	1	
RHOPRESSA 0.02% OPTH SOLUTION	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
ROCKLATAN 0.02%-0.005% EYE DRP	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
SIMBRINZA (DROP, DROPS)	1	
Ophthalmic Prostaglandin and Prostanoid Analogs		
<i>bimatoprost 0.03% eye drops</i>	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
<i>latanoprost 0.005% eye drops</i>	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
LUMIGAN 0.01% EYE DROPS	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 278

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TRAVATAN Z 0.004% EYE DROP	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
<i>travoprost 0.004% eye drop</i>	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)

Otic Agents

<i>acetic acid 2% ear solution</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone ciproflox-dexameth otic susp</i>	1	
<i>flac otic oil 0.01% ear drop</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01% ear drp</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid (hydrocortison-acetic acid soln, hydrocortisone-acetic ear drop)</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ear susp</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hydrocort neomycin-polymyxin-hc ear soln</i>	1	
<i>ofloxacin 0.3% ear drops</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 279

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Respiratory Tract/ Pulmonary Agents

Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids

ARNUITY ELLIPTA (50 MCG, 100 MCG, 200 MCG)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX (TWISTHALER 110 MCG #30, TWISTHALER 220 MCG #14, TWISTHALER 220 MCG #30, TWISTHALER 220 MCG #60, TWISTHALR 220 MCG #120)	1	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (HFA 50 MCG INHALER, HFA 100 MCG INHALER, HFA 200 MCG INHALER)	1	QL (13 PER 30 DAYS)
<i>budesonide (0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml inh)</i>	1	PA
<i>flunisolide 0.025% spray</i>	1	QL (75 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg spray</i>	1	QL (16 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 280

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>fluticasone propionate hfa 110 mcg</i>	1	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate hfa 220 mcg</i>	1	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate hfa 44 mcg</i>	1	QL (10.6 PER 30 DAYS)
<i>mometasone furoate 50 mcg spry</i>	1	QL (34 PER 30 DAYS)
QVAR REDIHALER 40 MCG	1	QL (10.6 PER 30 DAYS)
QVAR REDIHALER 80 MCG	1	QL (21.2 PER 30 DAYS)
XHANCE 93 MCG NASAL SPRAY	1	QL (32 PER 30 DAYS)
Antihistamines		
<i>azelastine hcl 0.1% (137 mcg) spry</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>cetirizine hcl (1 mg/ml soln, 1 mg/ml syrup)</i>	1	
<i>clemastine fumarate 2.68 mg tablet</i>	1	PA
<i>cyproheptadine hcl (2 mg/5 ml soln, 2 mg/5 ml syrup, 4 mg tablet, 4 mg/10 ml syrpr)</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 281

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tablet</i>	1	
<i>olopatadine hcl 665 mcg nasal spray</i>	1	QL (30.5 PER 30 DAYS)
Antileukotrienes		
ACCOLATE (10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	
<i>montelukast sodium (4 mg granules, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew, 10 mg tablet)</i>	1	
SINGULAIR (4 MG GRANULES, 4 MG TABLET CHEW, 5 MG TABLET CHEW, 10 MG TABLET)	1	
<i>zafirlukast (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT HFA 17 MCG INHALER	1	QL (25.8 PER 30 DAYS)
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG INH	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ipratropium bromide 0.02% soln</i>	1	PA
<i>ipratropium bromide 0.03% spray</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06% spray</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG, 2.5 MCG)	1	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>tiotropium bromide 18 mcg cap-inhaler</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proair hfa)</i>	1	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proventil hfa)</i>	1	QL (13.4 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate (2 mg/5 ml syrup cup, sulf 2 mg/5 ml syrup, sulfate 2 mg tab, sulfate 4 mg tab, 8 mg/20 ml syrup cup)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 283

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>albuterol sulfate (sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, 2.5 mg/0.5 ml sol, sul 2.5 mg/3 ml soln, 5 mg/ml solution, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln)</i>	1	PA
<i>epinephrine (0.15 mg auto-inject, 0.3 mg auto-inject)</i>	1	
<i>levalbuterol tartrate hfa 45mcg inh</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PROAIR RESPICLICK 90 MCG INHLR	1	QL (2 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>terbutaline sulfate (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	1	
VENTOLIN HFA 90 MCG INHALER	1	QL (36 PER 30 DAYS)
XOPENEX HFA 45 MCG INHALER	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Cystic Fibrosis Agents		
CAYSTON 75 MG INHAL SOLUTION	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 284

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
KALYDECO (5.8 MG GRANULES PKT, 13.4 MG GRANULES PKT, 25 MG GRANULES PACKET, 50 MG GRANULES PACKET, 75 MG GRANULES PACKET, 150 MG TABLET)	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 MG/ML AMPUL	1	PA
<i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule</i>	1	PA
TRIKAFTA (50-25-37.5 MG/75 MG, 100-50-75 MG/150 MG)	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
TRIKAFTA (80-40-60MG/59.5MG PKT, 100-50-75 MG/75MG PKT)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 285

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Mast Cell Stabilizers

<i>cromolyn sodium 20 mg/2 ml neb soln</i>	1	PA
--	---	----

Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease

DALIRESP (250 MCG TABLET, 500 MCG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
---	---	-------------------------

<i>roflumilast (250 mcg tablet, 500 mcg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
---	---	-------------------------

THEO-24 (ER 100 MG CAPSULE, ER 200 MG CAPSULE, ER 300 MG CAPSULE, ER 400 MG CAPSULE)	1	
--	---	--

<i>theophylline anhydrous (er 300 mg tab, er 450 mg tab)</i>	1	
--	---	--

<i>theophylline er (er 300 mg tablet, er 400 mg tablet, er 450 mg tablet, er 600 mg tablet)</i>	1	
---	---	--

Pulmonary Antihypertensives

ADCIRCA 20 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
----------------------	---	-------------------------

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 286

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ADEMPAS (0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 1.5 MG TABLET, 2 MG TABLET, 2.5 MG TABLET)	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>ambrisentan (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>bosentan (62.5 mg tablet, 125 mg tablet)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bosentan 32 mg tablet for susp</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
LETAIRIS (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ORENITRAM ER (ER 0.125 MG TABLET, ER 0.25 MG TABLET, ER 1 MG TABLET, ER 2.5 MG TABLET, ER 5 MG TABLET)	1	PA
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	1	PA
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 287

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	1	PA
<i>sildenafil citrate 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>tadalafil 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TRACLEER (62.5 MG TABLET, 125 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
VENTAVIS (10 MCG/1 ML SOLUTION, 20 MCG/1 ML SOLUTION)	1	Pulmonary Hypertension PA - Ventavis, QL (270 PER 30 DAYS)
WINREVAIR (2 PACK) (45 MG KIT, 60 MG KIT)	1	PA, QL (1 PER 21 DAYS)
WINREVAIR (45 MG ONE-VIAL KIT, 45 MG VIAL, 60 MG ONE-VIAL KIT, 60 MG VIAL)	1	PA, QL (1 PER 21 DAYS)
Pulmonary Fibrosis Agents		
ESBRIET (267 MG CAPSULE, 267 MG TABLET)	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 288

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ESBRIET 801 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
OFEV (100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pirfenidone (267 mg capsule, 267 mg tablet)</i>	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
<i>pirfenidone 801 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Respiratory Tract Agents, Other		
<i>acetylcysteine (10% vial, 20% vial)</i>	1	PA
ADVAIR HFA (HFA 45-21 MCG INHALER, HFA 115-21 MCG INHALER, HFA 230-21 MCG INHALER)	1	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG INH	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (50-25 MCG INHALER, 100-25 MCG INHALR, 200-25 MCG INHALR)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>breynga (80-4.5 mcg, 160-4.5 mcg)</i>	1	QL (30.9 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 289

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
BREZTRI AEROSPHERE INHALER	1	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate (80, 160)</i>	1	QL (30.9 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG	1	QL (8 PER 30 DAYS)
DULERA (50 MCG INHALER, 100 MCG INHALER, 200 MCG INHALER)	1	QL (39 PER 30 DAYS)
FASENRA 10 MG/0.5 ML SYRINGE	1	PA, QL (0.5 PER 28 DAYS)
FASENRA 30 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
FASENRA PEN 30 MG/ML	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol (100, 250, 500)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol (55, 113, 232)</i>	1	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium-albuterol iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml</i>	1	PA
STIOLTO RESPIMAT (INHAL SPRAY, INHALER (10), INHALER (28), INHALER (60))	1	QL (4 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 290

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25, 200-62.5-25)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>wixela inhub (100, 250, 500)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Skeletal Muscle Relaxants

<i>chlorzoxazone 500 mg tablet</i>	1	
<i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
<i>methocarbamol (500 mg tablet, 750 mg tablet)</i>	1	

Sleep Disorder Agents

Sleep Promoting Agents

BELSOMRA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAYVIGO (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>doxepin hcl (3 mg tablet, 6 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 291

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>eszopiclone (1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
HETLIOZ 20 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ramelteon 8 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ROZEREM 8 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SILENOR (3 MG TABLET, 6 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tasimelteon 20 mg capsule</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>temazepam (15 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zolpidem tartrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab, er 12.5 mg tab)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Wakefulness Promoting Agents		
<i>armodafinil (50 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 292

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
LUMRYZ (ER 4.5 GM PACKET, ER 6 GM PACKET, ER 7.5 GM PACKET, ER 9 GM PACKET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LUMRYZ STARTER PACK 4.5-6-7.5 GM PK	1	PA, QL (28 PER 28 DAYS)
<i>modafinil (100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
NUVIGIL (50 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sodium oxybate 0.5 g/ml soln</i>	1	PA, QL (540 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 293

Índice de medicamentos

A

abacavir.....	123	AFINITOR.....	84
abacavir-lamivudine.....	123	AFINITOR DISPERZ.....	84
abigale.....	230	afirmelle.....	231
abigale lo.....	230	AGRYLIN.....	155
ABILIFY.....	109	AIMOVIG.....	
ABILIFY ASIMTUFII.....	109	AUTOINJECTOR.....	74
ABILIFY MAINTENA.....	109	AKEEGA.....	84
abiraterone acetate.....	79	ALA-CORT.....	197
abirtega.....	79	albendazole.....	102
ABRYSVO.....	262	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic ProAir HFA).....	283
acamprosate calcium.....	28	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic Proventil HFA).....	283
acarbose.....	135	albuterol sulfate.....	283,284
ACCOLATE.....	282	alclometasone dipropionate.....	197
accutane.....	195	ALDACTONE.....	185
acebutolol hcl.....	165	ALECENSA.....	84
acetaminophen-codeine.....	24	alendronate sodium.....	269
acetazolamide.....	172	alfuzosin hcl er.....	222
acetazolamide er.....	172	aliskiren.....	172
acetic acid.....	279	allopurinol.....	74
acetylcysteine.....	289	alose tron hcl.....	212
acitretin.....	195	ALPHAGAN P.....	277
ACTEMRA.....	253	alprazolam.....	132
ACTEMRA ACTPEN.....	253	alprazolam er.....	132,133
ACTHAR.....	224	alprazolam xr.....	133
ACTHAR SELFJECT.....	224	altavera.....	231
ACTHIB.....	262	ALUNBRIG.....	84
ACTIMMUNE.....	257	alyacen.....	231
ACTOS.....	136	amabelz.....	231
ACULAR.....	275	amantadine.....	104
ACULAR LS.....	275	AMBISOME.....	70
acyclovir.....	131	ambrisentan.....	287
acyclovir sodium.....	131	amethia.....	231
ADACEL TDAP.....	262	amethyst.....	231
ADCIRCA.....	286	amikacin sulfate.....	31
ADDERALL XR.....	187	amiloride hcl.....	180
adefovir dipivoxil.....	129	amiloride- hydrochlorothiazide.....	172
ADEMPAS.....	287		
ADLARITY.....	57		
ADVAIR HFA.....	289		

amiodarone hcl.....	164	aripiprazole odt.....	110
amitriptyline hcl.....	67	ARISTADA.....	110
amlodipine besylate.....	168	ARISTADA INITIO.....	110
amlodipine besylate- benazepril.....	172	armodafinil.....	292
amlodipine-atorvastatin.....	173	ARNUITY ELLIPTA.....	280
amlodipine-olmesartan.....	173	AROMASIN.....	83
amlodipine-valsartan.....	173	ARTHROTEC 50.....	18
amlodipine-valsartan-hctz.....	173	ARTHROTEC 75.....	18
ammonium lactate.....	197	asenapine maleate.....	110
amnesteem.....	195	ashlyna.....	231
amoxapine.....	67	ASMANEX.....	280
amoxicillin.....	38	ASMANEX HFA.....	280
amoxicillin-clavulanate pot er.....	38	aspirin-dipyridamole er.....	158
amoxicillin-clavulanate potass.....	38	ASTAGRAF XL.....	258
amphotericin b.....	71	ATACAND.....	160
amphotericin b liposome.....	71	ATACAND HCT.....	173
ampicillin sodium.....	38	atazanavir sulfate.....	126,127
ampicillin trihydrate.....	38	ATELVIA.....	269
ampicillin-sulbactam.....	38	atenolol.....	165
AMPYRA.....	193	atenolol-chlorthalidone.....	173
anagrelide hcl.....	155	ATGAM.....	251
anastrozole.....	83	atomoxetine hcl.....	189
ANORO ELLIPTA.....	289	atorvastatin calcium.....	182
apomorphine hcl.....	105	atovaquone.....	102
aprepitant.....	70	atovaquone-proguanil hcl.....	102
apri.....	231	atropine sulfate.....	272
APRISO.....	267	ATROVENT HFA.....	282
APTIOM.....	54	ATTRUBY.....	216
APTIVUS.....	126	aubra.....	231
aqua care sodium chloride.....	204	aubra eq.....	231
aranelle.....	231	AUGTYRO.....	84,85
ARANESP.....	155	aurovela.....	231
ARCALYST.....	253	aurovela 24 fe.....	231
AREXVY.....	262	aurovela fe.....	231
ARICEPT.....	58	AUSTEDO.....	191
ARIKAYCE.....	31	AUSTEDO XR.....	191
ARIMIDEX.....	83	AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	191
aripiprazole.....	110	autoschild duo pen needle.....	144
		AUVELITY.....	59
		AVALIDE.....	173

AVAPRO.....	160	benazepril-	
aviane.....	231	hydrochlorothiazide.....	174
avidoxy.....	44	BENICAR.....	160
AVMAPKI-FAKZYNJA.....	81	BENICAR HCT.....	174
AVONEX.....	193	BENLYSTA.....	253
AVONEX (4 PACK).....	193	BENZAMYCIN.....	196
AVONEX PEN (4 PACK).....	193	benztropine mesylate.....	104
ayuna.....	232	BESIVANCE.....	273
AYVAKIT.....	85	BESREMI.....	257
AZACTAM.....	32	betaine anhydrous.....	216
AZASAN.....	258	betamethasone diprop	
azathioprine.....	258	augmented.....	198
azelaic acid.....	195	betamethasone	
azelastine hcl.....	275,281	dipropionate.....	198
AZELEX.....	196	betamethasone valerate.....	198
AZILECT.....	107	BETASERON.....	193
azithromycin.....	41	betaxolol hcl.....	165,277
AZOPT.....	278	bethanechol chloride.....	223
AZOR.....	174	BETOPTIC S.....	277
aztreonam.....	32	bexarotene.....	101
AZULFIDINE.....	267	BEXSERO.....	262
azurette.....	232	bicalutamide.....	79
B		BICILLIN L-A.....	39
bacitracin.....	273	BIKTARVY.....	120
bacitracin-polymyxin.....	273	BILTRICIDE.....	102
baclofen.....	120	bimatoprost.....	278
BACTRIM.....	44	bismuth-metronidazole-	
BACTRIM DS.....	44	tetracyc.....	212
balsalazide disodium.....	267	bisoprolol fumarate.....	165
BALVERSA.....	85	bisoprolol-	
balziva.....	232	hydrochlorothiazide.....	174
BANZEL.....	54	blisovi 24 fe.....	232
BAQSIMI.....	142	blisovi fe.....	232
BARACLUDGE.....	129	BONSITY.....	269
BCG VACCINE (TICE		BOOSTRIX TDAP.....	262
STRAIN).....	262	bosentan.....	287
BELBUCA.....	22	BOSULIF.....	85
BELSOMRA.....	291	BRAFTOVI.....	85
benazepril hcl.....	162	BREO ELLIPTA.....	289
		breyana.....	289
		BREZTRI AEROSPHERE.....	290

briellyn.....	232	calcitriol.....	269
BRILINTA.....	158	CALQUENCE.....	86
brimonidine tartrate.....	278	camila.....	242
brimonidine tartrate-timolol.....	272	camrese.....	232
brinzolamide.....	278	camrese lo.....	232
BRIVIACT.....	45	CANASA.....	267
bromfenac sodium.....	275	CANCIDAS.....	71
bromocriptine mesylate.....	105	candesartan cilexetil.....	160,161
BRUKINSA.....	85,86	candesartan-	
budesonide.....	280	hydrochlorothiazid.....	174
budesonide dr.....	268	CAPLYTA.....	110
budesonide ec.....	268	CAPRELSA.....	86
budesonide er.....	268	captopril.....	162
budesonide-formoterol		CARAFATE.....	214
fumarate.....	290	CARBAGLU.....	204
bumetanide.....	180	carbamazepine.....	54
BUPHENYL.....	216	carbamazepine er.....	54
buprenorphine.....	22	CARBATROL.....	54
buprenorphine hcl.....	28	carbidopa.....	106
buprenorphine-naloxone.....	29	carbidopa-levodopa.....	106
bupropion hcl.....	59	carbidopa-levodopa er.....	106
bupropion hcl sr.....	30,59	carbidopa-levodopa-	
bupropion hcl sr 150mg		entacapone.....	104
tablet.....	59	CARDIZEM.....	169
bupropion xl.....	60	CARDIZEM CD.....	169
buspiron hcl.....	133	CARDIZEM LA.....	170
butalbital-acetaminophen.....	18	CARDURA.....	159
butalbital-acetaminophen-		carglumic acid.....	204
caffe.....	18	CARNITOR.....	217
butalbital-aspirin-caffeine.....	18	CARNITOR SF.....	217
butorphanol tartrate.....	24	carteolol hcl.....	277
BUTRANS.....	23	cartia xt.....	170
BYSTOLIC.....	165	carvedilol.....	166
C		carvedilol er.....	166
cabergoline.....	248	CASODEX.....	79
CABLIVI.....	158	casprofungin acetate.....	71
CABOMETYX.....	86	CAYSTON.....	284
calcipotriene.....	201	cefaclor.....	35
calcitonin-salmon.....	269	cefadroxil.....	35
calcitrene.....	202	cefazolin sodium.....	36
		cefazolin sodium-dextrose.....	36

cefdinir.....	36	cinacalcet hcl.....	270
cefepime.....	36	CIPRO.....	43
cefepime hcl.....	36	ciprofloxacin hcl.....	43,273
cefepime-dextrose.....	36	ciprofloxacin-d5w.....	43
cefixime.....	36	ciprofloxacin- dexamethasone.....	279
cefoxitin.....	36	citalopram hbr.....	62
cefoxitin sodium.....	36	claravis.....	196
cefpodoxime proxetil.....	36	clarithromycin.....	41
cefprozil.....	36	clarithromycin er.....	41
ceftaroline fosamil.....	37	clemastine fumarate.....	281
ceftazidime.....	37	CLEOCIN.....	32
ceftriaxone.....	37	CLEOCIN HCL.....	32
cefuroxime.....	37	CLEOCIN PHOSPHATE.....	32
cefuroxime sodium.....	37	CLEOCIN T.....	32
CELEBREX.....	18,19	clindacin etz.....	32
celecoxib.....	19	clindacin p.....	32
CELEXA.....	62	clindamycin (pediatric).....	32
CELLCEPT.....	258	clindamycin hcl.....	32
CELONTIN.....	49	clindamycin phos-benzoyl perox.....	196
cephalexin.....	37	clindamycin phosphate.....	33
CEREZYME.....	217	clindamycin phosphate-d5w.....	33
cetirizine hcl.....	281	clindamycin-0.9% nacl.....	33
cevimeline hcl.....	194	clindamycin-benzoyl peroxide.....	196
chateal eq.....	232	clobazam.....	50
CHEMET.....	207	clobetasol emollient.....	198
chenodal.....	213	clobetasol propionate.....	198
chlordiazepoxide hcl.....	133	clodan.....	199
chlorhexidine gluconate.....	194	clomipramine hcl.....	67
chloroquine phosphate.....	103	clonazepam.....	133
chlorpromazine hcl.....	69	clonidine.....	158
chlorthalidone.....	181	clonidine hcl.....	159
chlorzoxazone.....	291	clonidine hcl er.....	190
cholestyramine.....	183	clopidogrel.....	158
cholestyramine light.....	183	clorazepate dipotassium.....	134
CHORIONIC GONADOTROPIN.....	226	clotrimazole.....	71
ciclodan.....	71	clotrimazole-betamethasone.....	202
ciclopirox.....	71	clozapine.....	119
cilostazol.....	158	clozapine odt.....	119
CIMDUO.....	123		
cimetidine.....	214		

CLOZARIL	119	cyclophosphamide	78
COARTEM	103	cycloserine	77
COBENFY	118	CYCLOSET	136
COBENFY STARTER PACK	119	cyclosporine	258
codeine sulfate	24	cyclosporine modified	258
colchicine	74	CYMBALTA	62
COLESTID	183	cyproheptadine hcl	281
colestipol hcl	183	cyred	232
colistimethate	33	cyred eq	232
COMBIGAN	272	CYSTADANE	217
COMBIPATCH	232	CYSTADROPS	272
COMBIVENT RESPIMAT	290	CYSTAGON	217
COMETRIQ	86	CYSTARAN	272
COMPLERA	123	CYTOMEL	244
compro	69	CYTOTEC	215
COMTAN	104	D	
conjugated estrogens	228	dabigatran etexilate	152
constulose	210	dalbavancin hcl	33
COPIKTRA	86	dalfampridine er	193
CORLANOR	174	DALIRESP	286
CORTEF	224	DALVANCE	33
COSENTYX (2 SYRINGES)	253	danazol	227
COSENTYX SENSOREADY (2 PENS)	253	DANTRIUM	120
COSENTYX SENSOREADY PEN	253	dantrolene sodium	120
COSENTYX SYRINGE	253	DANZITEN	86
COSENTYX UNOREADY PEN	254	dapagliflozin	136
COSOPT	272	dapsone	77
COTELLIC	86	DAPTACEL DTAP	262
COZAAR	161	daptomycin	33
CREON	217	DARAPRIM	103
CRESEMBA	71	darifenacin er	221
CRESTOR	182	darunavir	127
cromolyn sodium	217,275,286	dasatinib	87
cryselle	232	dasetta	232
CRYSVITA	217	DAURISMO	87
cyclobenzaprine hcl	291	DAYPRO	19
		daysee	232
		DAYVIGO	291
		DDAVP	226
		deblitane	242

deferasirox.....	208	dextrose in water.....	209
DELSTRIGO.....	121	DIACOMIT.....	46
demeclocycline hcl.....	44	diazepam.....	50,134
DEMSEK.....	174	diazoxide.....	143
DENGVAXIA.....	263	diclofenac potassium.....	19
DEPAKOTE.....	45	diclofenac sodium.....	19,202,275
DEPAKOTE ER.....	45	diclofenac sodium er.....	19
DEPAKOTE SPRINKLE.....	46	diclofenac sodium-	
DEPEN.....	223	misoprostol.....	19,20
DEPO-ESTRADIOL.....	228	dicloxacillin sodium.....	39
DEPO-PROVERA.....	242	dicyclomine hcl.....	212
DEPO-SUBQ PROVERA		DIFICID.....	41
104.....	242	DIFLUCAN.....	71
DEPO-TESTOSTERONE.....	227	difluprednate.....	275
dermacinrx lidocan.....	27	digoxin.....	175
DESCOVY.....	123	dihydroergotamine mesylate.....	74
desipramine hcl.....	68	DILANTIN.....	55
desloratadine.....	282	DILANTIN-125.....	55
desmopressin acetate.....	226	dilt-xr.....	170
desogestr-eth estrad eth		diltiazem 12hr er.....	170
estra.....	232	diltiazem 24hr er.....	170
desonide.....	199	diltiazem 24hr er (cd).....	170
desoximetasone.....	199	diltiazem 24hr er (la).....	170
desvenlafaxine succinate er.....	62	diltiazem 24hr er (xr).....	170
dexamethasone.....	224	diltiazem hcl.....	171
dexamethasone sodium		dimethyl fumarate.....	193
phosphate.....	275	DIOVAN.....	161
DEXEDRINE.....	187	DIOVAN HCT.....	175
dexmethylphenidate hcl.....	190	DIPENTUM.....	267
dextroamphetamine sulfate.....	188	diphenoxylate-atropine.....	212
dextroamphetamine sulfate		DIPROLENE.....	199
er.....	188	dipyridamole.....	158
dextroamphetamine-amphet		disulfiram.....	28
er.....	188	divalproex sodium.....	46
dextroamphetamine-		divalproex sodium er.....	46
amphetamine.....	188	DIVIGEL.....	228
dextrose 2.5%-0.45% nacl.....	204	dofetilide.....	164
dextrose 5%-0.2% nacl.....	204	dolishale.....	233
dextrose 5%-0.225% nacl.....	204	donepezil hcl.....	58
dextrose 5%-0.45% nacl.....	204	donepezil hcl odt.....	58
dextrose 5%-0.9% nacl.....	204	dorzolamide hcl.....	278

dorzolamide-timolol.....	272	efavirenz-emtricitenofovir	122
dotti.....	228	disop.....	122
DOVATO.....	120	efavirenz-lamivudine-tenofovir	122
doxazosin mesylate.....	159	disop.....	122
doxepin hcl.....	68,199,291	EFFEXOR XR.....	63
doxy 100.....	44	ELELYSO.....	218
doxycycline hyclate.....	44	ELIDEL.....	199
doxycycline ir-dr.....	196	ELIGARD.....	248
doxycycline monohydrate.....	44	elinest.....	233
DRIZALMA		ELIQUIS.....	152
SPRINKLE.....	62,63	ELIQUIS SPRINKLE.....	152
dronabinol.....	70	eltrombopag olamine.....	156
droplet insulin syringe.....	144	eluryng.....	233
droplet micron pen needle.....	144	EMEND.....	70
droplet pen needle.....	144	EMGALITY PEN.....	75
dropsafe pen needle.....	145	EMGALITY SYRINGE.....	75
drospirenone-eth estradiol		EMSAM.....	61
levomef.....	233	emtricitabine.....	123
drospirenone-ethinyl		emtricitabine-rilpivirine-	
estradiol.....	233	tenofovir.....	123
droxidopa.....	159	emtricitabine-tenofovir	
DUAVEE.....	244	disop.....	123
DULERA.....	290	EMTRIVA.....	123,124
duloxetine hcl.....	63	emzahn.....	242
DUPIXENT PEN.....	254	enalapril maleate.....	162
DUPIXENT SYRINGE.....	254	enalapril-	
DUREZOL.....	276	hydrochlorothiazide.....	175
dutasteride.....	222	ENBREL.....	258,259
dutasteride-tamsulosin.....	222	ENBREL MINI.....	259
E		ENBREL SURECLICK.....	259
E.E.S. 200.....	41	ENDARI.....	218
easy comfort insulin syringe.....	145	ENDOCET.....	24,25
easy comfort pen needle.....	145	ENGERIX-B ADULT.....	263
ec-naproxen.....	20	ENGERIX-B PEDIATRIC-	
econazole nitrate.....	71	ADOLESCENT.....	263
EDARBI.....	161	enilloring.....	233
EDARBYCLOR.....	175	enoxaparin sodium.....	152,153
EDURANT.....	121	enpresse.....	233
EDURANT PED.....	121	ENSACOVE.....	87
efavirenz.....	122	enskyce.....	233
		entacapone.....	104

entecavir.....	129	estradiol (twice weekly).....	229
ENTRESTO.....	175	estradiol valerate.....	229
ENTRESTO SPRINKLE.....	175	estradiol-norethindrone	
ENTYVIO PEN.....	254	acetat.....	233
enulose.....	210	ESTRING.....	230
ENVARUSUS XR.....	259	eszopiclone.....	292
EPIDIOLEX.....	46	ethambutol hcl.....	77
epinastine hcl.....	275	ethosuximide.....	49
epinephrine.....	284	ethynodiol-ethinyl estradiol.....	233
epitol.....	55	etodolac.....	20
EPIVIR.....	124	etodolac er.....	20
eplerenone.....	185	etonogestrel-ethinyl	
EPRONTIA.....	46	estradiol.....	233
ergotamine-caffeine.....	74	etravirine.....	122
ERIVEDGE.....	87	EUCRISA.....	199
ERLEADA.....	79	EULEXIN.....	79
erlotinib hcl.....	87	everolimus.....	87,88,259
errin.....	242	EVISTA.....	244
ertapenem.....	40	EVOTAZ.....	127
ERVEBO (NATIONAL		EXELON.....	58
STOCKPILE).....	263	exemestane.....	83
ery.....	41	EXFORGE.....	176
ERY-TAB.....	41	EXFORGE HCT.....	176
ERYPED 200.....	41	EXJADE.....	208
ERYPED 400.....	42	EXXUA.....	60
ERYTHROCIN		EYSUVIS.....	276
LACTOBIONATE.....	42	ezetimibe.....	184
erythromycin.....	42,274	ezetimibe-simvastatin.....	184
erythromycin ethylsuccinate.....	42	F	
erythromycin lactobionate.....	42	falmina.....	233
erythromycin-benzoyl		famciclovir.....	131
peroxide.....	196	famotidine.....	214
ESBRIET.....	288,289	FANAPT.....	111
escitalopram oxalate.....	63	FARESTON.....	80
ESGIC.....	18	FARXIGA.....	136
eslicarbazepine acetate.....	55	FASENRA.....	290
esomeprazole magnesium.....	215	FASENRA PEN.....	290
estarylla.....	233	febuxostat.....	74
ESTRACE.....	229	feirza.....	234
estradiol.....	229	felbamate.....	46
estradiol (once weekly).....	229		

felodipine er.....	168	fluvastatin er.....	182
FEMARA.....	83	fluvastatin sodium.....	182
fenofibrate.....	181	fluvoxamine maleate.....	64
fenofibric acid.....	181	FML.....	276
fentanyl.....	23	FOCALIN.....	190
fentanyl citrate.....	25	fondaparinux sodium.....	153
fesoterodine fumarate er.....	221	FORTEO.....	270
FETZIMA.....	63	FOSAMAX.....	270
FIASP.....	145	fosamprenavir calcium.....	127
FIASP FLEXTOUCH.....	145	fosfomycin tromethamine.....	33
FIASP PENFILL.....	145	fosinopril sodium.....	162
FIASP PUMPCART.....	145	fosinopril-	
fidaxomicin.....	42	hydrochlorothiazide.....	176
FINACEA.....	196	FOTIVDA.....	88
finasteride.....	222	FRUZAQLA.....	88
fingolimod.....	193	FULPHILA.....	156
FINTEPLA.....	46	furosemide.....	180
FIRAZYR.....	251	FUZEON.....	125
FIRMAGON.....	248	fyavolv.....	234
flac otic oil.....	279	FYCOMPA.....	47
flecainide acetate.....	164	G	
fluconazole.....	71	gabapentin.....	50
fluconazole-nacl.....	72	galantamine er.....	58
flucytosine.....	72	galantamine hbr.....	58
fludrocortisone acetate.....	224	galantamine hydrobromide.....	58
flunisolide.....	280	galbriela.....	234
fluocinolone acetonide.....	199	gallifrey.....	242
fluocinolone acetonide oil.....	279	GAMMAGARD LIQUID.....	252
fluocinonide.....	199,200	GAMMAGARD LIQUID	
fluocinonide-e.....	200	ERC.....	252
fluorometholone.....	276	GAMMAGARD S-D.....	252
fluorouracil.....	202	GAMMAPLEX.....	252
fluoxetine dr.....	64	GAMUNEX-C.....	252
fluoxetine hcl.....	64	GARDASIL 9.....	263
fluphenazine decanoate.....	107	gatifloxacin.....	274
fluphenazine hcl.....	107	gauze pad.....	136
flurbiprofen.....	20	GAUZE PADS &	
flurbiprofen sodium.....	276	DRESSINGS - PADS 2 X	2136
fluticasone propionate.....	200,280	gavilyte-c.....	213
fluticasone propionate hfa.....	281	gavilyte-g.....	213
fluticasone-salmeterol.....	290		

gavilyte-n.....	213	GVOKE HYPOPEN 1- PACK.....	143
GAVRETO.....	88	GVOKE HYPOPEN 2- PACK.....	143
gefitinib.....	88	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	143
gemfibrozil.....	181	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE.....	143
gemmily.....	234	H	
GEMTESA.....	221	HADLIMA.....	259
generlac.....	211	HADLIMA PUSH TOUCH.....	259
gengraf.....	259	HADLIMA(CF).....	259
gentamicin sulfate.....	31,203,274	HADLIMA(CF) PUSH TOUCH.....	260
gentamicin sulfate in ns.....	31	HAEGARDA.....	251
GENVOYA.....	120	hailey.....	234
GEODON.....	111	hailey 24 fe.....	234
GILENYA.....	193	hailey fe.....	234
GILOTRIF.....	88	HALDOL DECANOATE 100.....	108
glatiramer acetate.....	193	halobetasol propionate.....	200
glatopa.....	194	haloette.....	234
GLEEVEC.....	88	haloperidol.....	108
GLEOSTINE.....	78	haloperidol decanoate.....	108
glimepiride.....	136	haloperidol decanoate 100.....	108
glipizide.....	136,137	haloperidol lactate.....	108
glipizide er.....	137	HAVRIX.....	263
glipizide xl.....	137	heather.....	242
glipizide-metformin.....	137	HEMADY.....	224
glucagon emergency kit.....	143	heparin sodium.....	153
glucose 5%-0.9% nacl.....	205	HEPLISAV-B.....	263
glucose in water.....	209	HERNEXEOS.....	89
GLUCOTROL XL.....	137	HETLIOZ.....	292
glyburide.....	137,138	HIBERIX.....	263
glyburide micronized.....	138	hidex.....	224
glyburide-metformin hcl.....	138	HUMALOG.....	145
glycopyrrolate.....	212	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	145
GLYXAMBI.....	138	HUMALOG KWIKPEN U- 100.....	145
GOLYTELY.....	213		
GOMEKLI.....	88		
granisetron hcl.....	70		
GRANIX.....	156		
griseofulvin.....	72		
griseofulvin ultramicrosize.....	72		
guanfacine hcl.....	159		
guanfacine hcl er.....	190		
GVOKE.....	143		

HUMALOG KWIKPEN U-200	146	ibu	20
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	146	ibuprofen	20,21
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	146	icatibant	251
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	146	iclevia	234
HUMALOG TEMPO PEN U-100	146	ICLUSIG	89
HUMATIN	31	icosapent ethyl	184
HUMULIN 70-30	146	IDHIFA	89
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	146	ILEVRO	276
HUMULIN N	146	imatinib mesylate	89
HUMULIN N KWIKPEN	146	IMBRUVICA	90
HUMULIN R	146	imipenem-cilastatin sodium	40
HUMULIN R U-500	146	imipramine hcl	68
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	146	imiquimod	202
hydralazine hcl	186	IMITREX	75
HYDREA	81	IMKELDI	90
hydrochlorothiazide	181	IMOVAX RABIES VACCINE	263
hydrocodone bitartrate er	23	IMPAVIDO	33
hydrocodone-acetaminophen	25	IMURAN	260
hydrocodone-ibuprofen	25	INBRIJA	106
hydrocortisone	200,225,269	incassia	242
hydrocortisone butyrate	200	INCRELEX	226
hydrocortisone valerate	201	INCRUSE ELLIPTA	282
hydrocortisone-acetic acid	279	indapamide	181
hydromorphone hcl	25,26	INDERAL LA	166
hydroxychloroquine sulfate	103	INDERAL XL	166
hydroxyurea	81	indomethacin	21
hydroxyzine hcl	134	indomethacin er	21
hydroxyzine pamoate	134	INFANRIX DTAP	264
HYRNUO	89	INGREZZA	192
HYZAAR	176	INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	192
I		INGREZZA SPRINKLE	192
ibandronate sodium	270	INLURIYO	80
IBRANCE	89	INLYTA	90
IBTROZI	89	INNOPRAN XL	166
		INQOVI	82
		INREBIC	90
		INSPIRA	185
		INSULIN ASPART	146

INSULIN ASPART FLEXPEN.....147
 INSULIN ASPART PENFILL.....147
 INSULIN PEN NEEDLE.....147
 insulin syringe.....147
 INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML.....147
 INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML.....147
 INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML.....147
 insupen pen needle.....147
 INTELENCE.....122
 INTRALIPID.....209
 introvale.....234
 INVEGA.....111
 INVEGA HAFYERA.....111,112
 INVEGA SUSTENNA.....112
 INVEGA TRINZA.....112
 INVELTYS.....276
 IPOL.....264
 ipratropium bromide.....283
 ipratropium-albuterol.....290
 irbesartan.....161
 irbesartan-hydrochlorothiazide.....176
 IRESSA.....90
 ISENTRESS.....120,121
 ISENTRESS HD.....121
 isibloom.....234
 isoniazid.....77
 ISOPROPYL ALCOHOL 0.7 ML/ML MEDICATED PAD.....138
 ISORDIL TITRADOSE.....186
 isosorbide dinitrate.....186
 isosorbide mononitrate.....186
 isosorbide mononitrate er.....186
 isotretinoin.....196
 isradipine.....168

ISTALOL.....277
 ITOVEBI.....90
 itraconazole.....72
 ivabradine hcl.....176
 ivermectin.....102,203
 IWILFIN.....82
 IXIARO.....264

J

JADENU.....208
 JADENU SPRINKLE.....208
 jaimiess.....234
 JAKAFI.....91
 jantoven.....153
 JANUMET.....138
 JANUMET XR.....138
 JANUVIA.....139
 JARDIANCE.....139
 jasmiel.....234
 JAYPIRCA.....91
 jencycla.....242
 JENTADUETO.....139
 JENTADUETO XR.....139
 jinteli.....234
 jolessa.....235
 JUBBONTI.....270
 juleber.....235
 JULUCA.....121
 junel.....235
 junel fe.....235
 junel fe 24.....235
 JUXTAPID.....184
 JYNARQUE.....208
 JYNNEOS.....264
 JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE).....264

K

kaitlib fe.....235
 KALETRA.....127
 kalliga.....235

KALYDECO	285	lamivudine hbv	130
kariva	235	lamivudine-zidovudine	124
kcl-d5w-0.2% nacl	205	lamotrigine	47
kcl-d5w-0.225% nacl	205	lamotrigine (blue)	48
kcl-d5w-0.45% nacl	205	lamotrigine er	48
kelnor 1-35	235	LAMPIT	103
kelnor 1-50	235	LANOXIN	176
KEPPRA	47	lansoprazole	215
KERENDIA	185	LANTUS	147
KESIMPTA PEN	194	LANTUS SOLOSTAR	147
ketoconazole	72	lapatinib	91
ketorolac tromethamine	21,276	larin	235
KINRIX	264	larin 24 fe	235
kionex	210	larin fe	235
KISQALI	91	LASIX	180
KISQALI FEMARA CO- PACK	82	latanoprost	278
KLARON	196	LATUDA	112,113
klayesta	72	LAYOLIS FE	235
klor-con 10	205	LAZCLUZE	92
KLOR-CON 8	205	leena	236
klor-con m10	205	leflunomide	260
KLOR-CON M15	205	lenalidomide	80
klor-con m20	205	LENVIMA	92
KLOXXADO	29	lessina	236
KOMZIFTI	91	LETAIRIS	287
KORLYM	248	letrozole	83
KOSELUGO	91	leucovorin calcium	82
kourzeq	195	LEUKERAN	78
KRAZATI	91	LEUKINE	156
kurvelo	235	leuprolide acetate	248
KUVAN	218	leuprolide depot	248
L		levalbuterol tartrate hfa	284
l-glutamine	218	levetiracetam	48
labetalol hcl	166	levetiracetam er	48
lacosamide	55	LEVO-T	244
lactulose	211	levobunolol hcl	277
LAMICTAL	47	levocarnitine	218
LAMICTAL (BLUE)	47	levocetirizine dihydrochloride	282
lamivudine	124,129	levofloxacin	43
		levofloxacin-d5w	43

levonest.....	236	LOKELMA.....	210
levonorg-eth estrad eth		lomustine.....	78
estrad.....	236	LONSURF.....	82
levonorgestrel-eth estradiol	236	loperamide.....	212
levora-28.....	236	LOPID.....	181
levorphanol tartrate.....	23	lopinavir-ritonavir.....	127
levothyroxine sodium.....	245	LOPRESSOR.....	166
LEVOXYL.....	245	lorazepam.....	134
LEXAPRO.....	64	lorazepam intensol.....	134
LIALDA.....	267	LORBRENA.....	92
lidocaine.....	27	loryna.....	236
lidocaine hcl.....	27	losartan potassium.....	161
lidocaine hcl laryngotracheal		losartan-	
4% solution.....	27	hydrochlorothiazide.....	177
lidocaine hcl viscous.....	28	LOTENSIN.....	162
lidocaine-prilocaine.....	28	LOTRONEX.....	212
lidocan iii.....	28	lovastatin.....	182
lidocan iv.....	28	LOVENOX.....	154
lidocan v.....	28	low-ogestrel.....	236
LILETTA.....	223	loxapine.....	108
linezolid.....	33	lubiprostone.....	211
linezolid-0.9% nacl.....	34	luizza.....	237
linezolid-d5w.....	34	LUMAKRAS.....	92
LINZESS.....	211	LUMIGAN.....	278
liomny.....	245	LUMRYZ.....	293
liothyronine sodium.....	245	LUMRYZ STARTER	
LIPITOR.....	182	PACK.....	293
lisdexamfetamine		LUPRON DEPOT.....	249
dimesylate.....	189	LUPRON DEPOT	
lisinopril.....	162	(LUPANETA).....	249
lisinopril-		LUPRON DEPOT-PED.....	249
hydrochlorothiazide.....	177	lurasidone hcl.....	113
lithium carbonate.....	135	lurbipr.....	21
lithium carbonate er.....	135	lutra.....	237
lithium citrate.....	135	LYBALVI.....	113
LITHOBID.....	135	lyleq.....	242
LIVTENCITY.....	129	lyllana.....	230
lo-zumandimine.....	236	LYNPARZA.....	92
LOESTRIN.....	236	LYRICA.....	51
LOESTRIN FE.....	236	LYSODREN.....	82
lojaimiess.....	236	LYTGOBI.....	93

LYUMJEV	147
LYUMJEV KWIKPEN U-100	148
LYUMJEV KWIKPEN U-200	148
LYUMJEV TEMPO PEN U-100	148
lyza	242

M

M-M-R II VACCINE	264
magnesium sulfate	205
MALARONE	103
malathion	203
maraviroc	126
marlissa	237
MARPLAN	61
MATULANE	78
matzim la	171
MAVYRET	130
MAXALT	75
MAXALT MLT	75
MAXITROL	272
meclizine hcl	69
MEDROL	225
medroxyprogesterone acetate	242
mefloquine hcl	103
megestrol acetate	243
MEKINIST	93
MEKTOVI	93
meleya	243
meloxicam	21
memantine hcl	59
memantine hcl er	59
MENEST	230
MENQUADFI	264
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	264
mercaptopurine	81
meropenem	40

meropenem-0.9% nacl	40
merzee	237
mesalamine	267
mesalamine dr	268
mesalamine er	268
mesna	102
MESNEX	102
MESTINON	76
metformin hcl	139
metformin hcl er	139
methadone hcl	23
methazolamide	177
methenamine hippurate	34
methimazole	251
methocarbamol	291
methotrexate	260
methotrexate sodium	260
methoxsalen	202
methscopolamine bromide	212
methsuximide	49
methylphenidate er	190
methylphenidate hcl	190
methylprednisolone	225
methyltestosterone	227
metoclopramide hcl	213
metolazone	181
metoprolol succinate	166
metoprolol tartrate	167
metoprolol-hydrochlorothiazide	177
METRO IV	34
METROCREAM	203
METROGEL	203
metronidazole	34,204
metyrosine	177
mexiletine hcl	164
micafungin	72
MICARDIS HCT	177
microgestin	237
microgestin fe	237
midodrine hcl	159

MIEBO	272	nano 2nd gen pen needle	148
mifepristone	249	nano pen needle	148
miglustat	218	naproxen	21,22
mili	237	naproxen sodium	22
mimvey	237	naratriptan hcl	76
minocycline hcl	45	NARCAN	30
minoxidil	186	NARDIL	61
mirtazapine	60	NATACYN	274
misoprostol	215	nateglinide	140
modafinil	293	NAYZILAM	51
MODEYSO	93	nebivolol hcl	167
moexipril hcl	163	NEBUPENT	103
molindone hcl	108	necon	237
mometasone furoate	201,281	NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	148
mondoxylene nl	45	nefazodone hcl	64
mono-lynyah	237	neo-polycin	274
montelukast sodium	282	neo-polycin hc	272
morphine sulfate	26	neomycin sulfate	31
morphine sulfate er	23	neomycin-bacitracin-poly- hc	272
MOUNJARO	140	neomycin-bacitracin- polymyxin	274
MOVANTIK	211	neomycin-polymyxin- dexameth	273
MOVIPREP	213	neomycin-polymyxin- gramicidin	274
moxifloxacin	43,274	neomycin-polymyxin-hc	279
moxifloxacin hcl	43	neomycin-polymyxin- hydrocort	279
MRESVIA	264	NEORAL	260
MULTAQ	164	NERLYNX	93
mupirocin	204	neuac	196
mycophenolate mofetil	260	NEUPRO	105
mycophenolic acid	260	NEURONTIN	51,52
MYFORTIC	260	nevirapine	122
MYHIBBIN	260	nevirapine er	122
MYRBETRIQ	221	NEXAVAR	93
MYSOLINE	51	NEXIUM	215
N		NEXPLANON	223
nabumetone	21	niacin er	184
nadolol	167		
nafcillin	39		
nafcillin sodium	39		
naloxone hcl	30		
naltrexone hcl	29		

nicardipine hcl.....	168	NORVIR.....	127
NICOTROL.....	30	NOVOLIN 70-30.....	148
NICOTROL NS.....	30	NOVOLIN 70-30	
nifedipine.....	168	FLEXPEN.....	148
nifedipine er.....	168	NOVOLIN N.....	148
nikki.....	237	NOVOLIN N FLEXPEN.....	148
NILANDRON.....	79	NOVOLIN R.....	148
nilotinib hcl.....	93	NOVOLIN R FLEXPEN.....	149
nilutamide.....	79	NOVOLOG.....	149
nimodipine.....	168	NOVOLOG FLEXPEN.....	149
NINLARO.....	93	NOVOLOG MIX 70-30.....	149
nisoldipine.....	168	NOVOLOG MIX 70-30	
nitazoxanide.....	103	FLEXPEN.....	149
nitisinone.....	218	NOVOLOG PENFILL.....	149
NITRO-BID.....	186	NOXAFIL.....	72
nitrofurantoin.....	34	NUBEQA.....	79
nitrofurantoin mono-macro.....	34	NUEDEXTA.....	192
nitroglycerin.....	186	NUPLAZID.....	113
nitroglycerin patch.....	186	NURTEC ODT.....	75
NITROLINGUAL.....	187	NUTRILIPID.....	209
NITROSTAT.....	187	NUVARING.....	238
NIVESTYM.....	156	NUVIGIL.....	293
nizatidine.....	214	nyamyc.....	72
nora-be.....	243	nylia.....	238
norelgestromin-eth estradiol.....	237	nystatin.....	73
norethin-eth estra-ferrous		nystatin-triamcinolone.....	202
fum.....	237	nystop.....	73
norethindron-ethinyl			
estradiol.....	238	O	
norethindrone.....	243	ocella.....	238
norethindrone ac (lupaneta).....	243	octreotide acetate.....	249
norethindrone acetate.....	243	octreotide acetate er.....	249
norethindrone-e.estradiol-		OCUFLOX.....	274
iron.....	238	ODEFSEY.....	124
norgestimate-ethinyl		ODOMZO.....	94
estradiol.....	238	OFEV.....	289
NORPRAMIN.....	68	ofloxacin.....	43,274,279
NORTHERA.....	159	OGSIVEO.....	94
nortrel.....	238	OJEMDA.....	94
nortriptyline hcl.....	68	OJJAARA.....	94
NORVASC.....	169	olanzapine.....	113

olanzapine odt.....	113
olmesartan medoxomil..	161,162
olmesartan-amlodipine-hctz.	177
olmesartan- hydrochlorothiazide.....	177
olopatadine hcl.....	282
omega-3 acid ethyl esters.....	184
omeprazole.....	216
omnipod 5 (g6/libre 2 plus).....	149
omnipod 5 dexg7g6 intro(gen 5).....	149
omnipod 5 dexg7g6 pods (gen 5).....	149
omnipod 5 g6-g7 intro kt(gen5).....	150
omnipod 5 g6-g7 pods (gen 5).....	150
omnipod 5 intro(g6/libre2plus).....	150
omnipod classic pods (gen 3).....	150
omnipod dash intro kit (gen 4).....	150
omnipod dash pdm kit (gen 4).....	150
omnipod dash pods (gen 4).....	150
omnipod go pods.....	150
OMNITROPE.....	226
ondansetron hcl.....	70
ondansetron odt.....	70
ONFI.....	52
ONUREG.....	82
OPIPZA.....	114
OPVEE.....	30
ORACEA.....	196
oralone.....	195
ORENCIA.....	254
ORENCIA CLICKJECT.....	254
ORENITRAM ER.....	287
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT.....	287

ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT.....	287
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT.....	288
ORFADIN.....	218
ORGOVYX.....	82
ORKAMBI.....	285
orquidea.....	243
ORSERDU.....	81
oseltamivir phosphate.....	130
OSENVELT.....	270
OTEZLA.....	202
OTEZLA XR.....	202
OVIDE.....	203
oxaprozin.....	22
oxazepam.....	135
oxcarbazepine.....	55
oxybutynin chloride.....	221
oxybutynin chloride er..	221,222
oxycodone hcl.....	26
oxycodone-acetaminophen.....	26
OZEMPIC.....	140

P	
PACERONE.....	164
paliperidone er.....	114
PALYNZIQ.....	218
PANRETIN.....	101
pantoprazole sodium.....	216
paricalcitol.....	270
PARNATE.....	61
paroxetine cr.....	64,65
paroxetine er.....	65
paroxetine hcl.....	65
PAXIL.....	65
PAXLOVID.....	132
PAXLOVID (EUA).....	132
pazopanib hcl.....	94
PEDIARIX.....	264
PEDVAXHIB.....	264
peg 3350-electrolyte.....	213

peg-3350 and electrolytes.....	213	pioglitazone-glimepiride.....	140
peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-		pioglitazone-metformin.....	140
c.....	213	piperacillin-tazobactam.....	40
PEGASYS.....	258	PIQRAY.....	95
PEMAZYRE.....	94	pirfenidone.....	289
pen needle.....	150	piroxicam.....	22
PENBRAYA.....	265	PLAQUENIL.....	104
penicillamine.....	223	PLAVIX.....	158
penicillin g potassium.....	39	PLEGRIDY.....	194
penicillin g sodium.....	39	PLEGRIDY PEN.....	194
penicillin gk-iso-osm		podofilox.....	203
dextrose.....	39	polycin.....	274
penicillin v potassium.....	39	polymyxin b sul-	
PENMENVY MEN A-B-C-W-		trimethoprim.....	274
Y.....	265	POMALYST.....	80
PENTACEL.....	265	portia.....	239
PENTAM 300.....	103	posaconazole.....	73
pentamidine isethionate.....	103	potassium chloride.....	206
PENTASA.....	268	potassium chloride in d5lr.....	206
pentoxifylline.....	178	potassium chloride proamp.....	206
perampanel.....	48	potassium chloride-0.45%	
perindopril erbumine.....	163	nacl.....	206
periogard.....	195	potassium chloride-dextrose	
permethrin.....	203	5%.....	206
perphenazine.....	69	potassium citrate er.....	206
PERSERIS.....	114	pramipexole	
pfizerpen.....	39	dihydrochloride.....	105
phenelzine sulfate.....	61	prasugrel hcl.....	158
phenobarbital.....	52	pravastatin sodium.....	182,183
phenoxybenzamine hcl.....	159	praziquantel.....	102
PHENYTEK.....	56	prazosin hcl.....	160
phenytoin.....	56	PRED FORTE.....	276
phenytoin sodium extended.....	56	PRED MILD.....	276
philith.....	239	prednisolone.....	225
PIFELTRO.....	122	prednisolone acetate.....	276
pilocarpine hcl.....	195,278	prednisolone sodium	
pimecrolimus.....	201	phosphate.....	225,276
pimozide.....	108	prednisone.....	225
pimtrea.....	239	pregabalin.....	52
pindolol.....	167	PRÉGNYL.....	226
pioglitazone hcl.....	140	PREMARIN.....	230

PREMPHASE	239	PROVERA	243
PREMPRO	239	PROZAC	65,66
PRETOMANID	77	PRUDOXIN	201
PREVACID	216	PULMOZYME	285
prevalite	184	PURIXAN	81
PREVYMIS	129	PYLERA	213
PREZCOBIX	128	pyrazinamide	77
PREZISTA	128	pyridostigmine bromide	77
PRIFTIN	77	pyridostigmine bromide er	77
primaquine	104	pyrimethamine	104
primidone	53	PYRUKYND	219
PRIORIX	265	PYZCHIVA	254,255
PRISTIQ	65	Q	
PROAIR RESPICLICK	284	QINLOCK	95
probenecid	74	QUADRACEL DTAP-IPV	265
probenecid-colchicine	74	quetiapine fumarate	114
PROCARDIA XL	169	quetiapine fumarate er	114
prochlorperazine	69	quinapril hcl	163
prochlorperazine maleate	69	quinapril-	
PROCRIT	156	hydrochlorothiazide	178
procto-med hc	269	quinidine gluconate	165
proctosol-hc	269	quinidine sulfate	165
proctozone-hc	269	quinine sulfate	104
progesterone	243	QVAR REDIHALER	281
PROGLYCEM	144	R	
PROGRAF	261	RABAVERT	265
PROLASTIN C	219	rabeprazole sodium	216
PROLENSA	277	RALDESY	66
PROLIA	270	raloxifene hcl	244
PROMACTA	157	ramelteon	292
promethazine hcl	69	ramipril	163
promethegan	70	ranolazine er	178
propafenone hcl	164	RAPAFLO	223
propafenone hcl er	164	rasagiline mesylate	107
propranolol hcl	167	reclipsen	239
propranolol hcl er	167	RECOMBIVAX HB	265
propylthiouracil	251	RECTIV	187
PROQUAD	265	REGLAN	213
PROSCAR	222	RELENZA	130
PROTONIX	216		
protriptyline hcl	68		

RELISTOR.....	211	ROMVIMZA.....	96
REMERON.....	60	ropinirole er.....	105
repaglinide.....	140,141	ropinirole hcl.....	106
REPATHA SURECLICK.....	184	rosuvastatin calcium.....	183
REPATHA SYRINGE.....	184	ROTARIX.....	265
RESTASIS.....	273	ROTATEQ.....	265
RETACRIT.....	157	ROWASA.....	268
RETEVMO.....	95	roweepra.....	48
RETIN-A.....	196	ROXICODONE.....	27
RETROVIR.....	124	ROZEREM.....	292
REVCovi.....	219	ROZLYTREK.....	96
REVUFORJ.....	95	RUBRACA.....	96
REXTOVY.....	30	rufinamide.....	56
REXULTI.....	115	RUKOBIA.....	126
REYATAZ.....	128	RYBELSUS.....	141
REZDIFFRA.....	219	RYDAPT.....	96
REZLIDHIA.....	95	RYTARY.....	106
RHOPRESSA.....	278	S	
ribavirin.....	130	SABRIL.....	53
RIDAURA.....	255	sacubitril-valsartan.....	178
rifabutin.....	77	sajazir.....	251
rifampin.....	78	SALAGEN.....	195
rilpivirine.....	122	SAMSCA.....	209
riluzole.....	192	SANDIMMUNE.....	261
RINVOQ.....	255	SANDOSTATIN LAR	
RINVOQ LQ.....	255	DEPOT.....	250
risedronate sodium.....	270	SANTYL.....	203
risedronate sodium dr.....	271	SAPHRIS.....	116
RISPERDAL.....	115	sapropterin dihydrochloride.....	219
RISPERDAL CONSTA.....	115	saxagliptin hcl.....	141
risperidone.....	115	saxagliptin-metformin er.....	141
risperidone er.....	116	SCEMBLIX.....	96
risperidone odt.....	116	scopolamine.....	70
RITALIN.....	190	SECUADO.....	116
ritonavir.....	128	selegiline hcl.....	107
rivaroxaban.....	154	selenium sulfide.....	201
rivastigmine.....	58	SELZENTRY.....	126
rizatriptan.....	76	SENSIPAR.....	271
ROCALTROL.....	271	SEREVENT DISKUS.....	284
ROCKLATAN.....	278	SEROQUEL.....	116
roflumilast.....	286		

SEROQUEL XR.....	116,117	SOMATULINE DEPOT....	250
sertraline hcl.....	66	SOMAVERT.....	250
setlakin.....	239	SOOLANTRA.....	203
SFROWASA.....	268	sorafenib.....	96
sharobel.....	243	sotalol.....	165
SHINGRIX.....	265	sotalol af.....	165
SIGNIFOR.....	250	SPIRIVA HANDIHALER.	283
SIGNIFOR LAR.....	250	SPIRIVA RESPIMAT.....	283
sildenafil citrate.....	288	spironolactone.....	185
SILENOR.....	292	spironolactone-hctz.....	178
silodosin.....	223	SPORANOX.....	73
SILVADENE.....	203	sprintec.....	239
silver sulfadiazine.....	203	SPRITAM.....	48
SIMBRINZA.....	278	SPRYCEL.....	97
SIMLANDI(CF).....	261	SPS.....	210
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR.....	261	sronyx.....	239
simliya.....	239	SSD.....	203
simpesse.....	239	STAMARIL.....	266
simvastatin.....	183	STELARA.....	256
SINEMET.....	107	STEQEYMA.....	256
SINEMET 10-100.....	107	sterile pads.....	141
SINEMET 25-100.....	107	STIOLTO RESPIMAT.....	290
SINGULAIR.....	282	STIVARGA.....	97
sirolimus.....	261	STOBOCLO.....	271
SIR TURO.....	78	STRATTERA.....	191
SIVEXTRO.....	34	STRENSIQ.....	219
SKYLA.....	223	streptomycin sulfate.....	31
SKYRIZI.....	255	STRIBILD.....	121
SKYRIZI ON-BODY.....	255	STROMECTOL.....	102
SKYRIZI PEN.....	255	SUBOXONE.....	29
sod sulf-potass sulf-mag sulf.....	213	subvenite.....	49
sodium chloride.....	207	subvenite (blue).....	49
sodium chloride-water.....	207	sucalfate.....	215
sodium oxybate.....	293	SULAR.....	169
sodium phenylbutyrate.....	219	sulfacetamide sodium.....	197,274
sodium polystyrene sulfonate.....	210	sulfacetamide-prednisolone.....	273
solifenacin succinate.....	222	sulfadiazine.....	44
SOLIQUA 100-33.....	141	sulfamethoxazole- trimethoprim.....	44
SOLTAMOX.....	81	sulfasalazine.....	268
		sulfasalazine dr.....	268

sulindac.....	22	tazicef.....	37
sumatriptan.....	76	TAZORAC.....	197
sumatriptan succinate.....	76	taztia xt.....	171
sunitinib malate.....	97	TAZVERIK.....	98
SUNLENCA.....	126	TECFIDERA.....	194
SUPREP.....	214	TEFLARO.....	37
SUTAB.....	214	TEGRETOL.....	56
SUTENT.....	97	TEGRETOL XR.....	56
syeda.....	239	TEKTURNA.....	178
SYMFI.....	122	telmisartan.....	162
SYMLINPEN 120.....	141	telmisartan-amlo地平ine.....	178
SYMLINPEN 60.....	141	telmisartan-	
SYMPAZAN.....	53	hydrochlorothiazid.....	178
SYMTUZA.....	128	temazepam.....	292
SYNAREL.....	250	tencon.....	18
SYNJARDY.....	142	TENIVAC.....	266
SYNJARDY XR.....	142	tenofovir disoproxil	
SYNTHROID.....	246	fumarate.....	124
SYPRINE.....	209	TENORETIC 100.....	179
T		TENORETIC 50.....	179
TABLOID.....	81	TENORMIN.....	167
TABRECTA.....	97	TEPMETKO.....	98
tacrolimus.....	201,261	terazosin hcl.....	160
tadalafil.....	223,288	terbinafine hcl.....	73
TAFINLAR.....	97	terbutaline sulfate.....	284
TAGRISO.....	98	terconazole.....	73
TALZENNA.....	98	teriparatide.....	271
TAMIFLU.....	130,131	testosterone.....	227
tamoxifen citrate.....	81	testosterone cypionate.....	228
tamsulosin hcl.....	223	testosterone enanthate.....	228
taperdex.....	226	tetrabenazine.....	192
TARGRETIN.....	102	tetracycline hcl.....	45
tarina 24 fe.....	239	THALOMID.....	80
tarina fe.....	239	THEO-24.....	286
tarina fe 1-20 eq.....	239	theophylline anhydrous.....	286
TASIGNA.....	98	theophylline er.....	286
tasimelteon.....	292	thioridazine hcl.....	109
TASMAR.....	104	thiothixene.....	109
taysofy.....	240	THYMOGLOBULIN.....	252
tazarotene.....	197	tiadylt er.....	171
		tiagabine hcl.....	53

TIAZAC.....	171	tranylcypromine sulfate.....	62
TIBSOVO.....	98	TRAVASOL.....	210
ticagrelor.....	158	TRAVATAN Z.....	279
TICOVAC.....	266	travoprost.....	279
tigecycline.....	34	trazodone hcl.....	66
TIKOSYN.....	165	TRELEGY ELLIPTA.....	291
tilia fe.....	240	TRELSTAR.....	250
timolol maleate.....	167,277	TREMFYA.....	256
TIMOPTIC OCUDOSE.....	277	TREMFYA ONE-PRESS.....	256
tinidazole.....	34	TREMFYA PEN.....	256
tiotropium bromide.....	283	TREMFYA PEN INDUCTION (2 PEN).....	256
TIROSINT.....	246	tretinoin.....	102,197
TIROSINT-SOL.....	247	tri-estarylla.....	240
TIVICAY.....	121	tri-legest fe.....	240
TIVICAY PD.....	121	tri-linyah.....	240
tizanidine hcl.....	120	tri-lo-estarylla.....	240
TOBRADEX.....	273	tri-lo-marzia.....	240
tobramycin.....	275,285	tri-lo-mili.....	240
tobramycin sulfate.....	31	tri-lo-sprintec.....	240
tobramycin-dexamethasone.....	273	tri-mili.....	240
tolcapone.....	105	tri-nymyo.....	240
tolterodine tartrate.....	222	tri-sprintec.....	240
tolterodine tartrate er.....	222	tri-vylibra.....	240
tolvaptan.....	209	tri-vylibra lo.....	240
topiramate.....	49	triamcinolone acetonide.....	195,201
TOPROL XL.....	168	triamterene- hydrochlorothiazid.....	180
toremifene citrate.....	81	TRIBENZOR.....	179
torpenz.....	99	triderm.....	201
torse mide.....	180	trientine hcl.....	209
TOUJEO MAX.....		trifluoperazine hcl.....	109
SOLOSTAR.....	150	trifluridine.....	275
TOUJEO SOLOSTAR.....	151	trihexyphenidyl hcl.....	105
TOVIAZ.....	222	TRIKAFTA.....	285
TRACLEER.....	288	triklo.....	184
TRADJENTA.....	142	TRILEPTAL.....	56
tramadol hcl.....	27	trimethoprim.....	34
tramadol hcl er.....	24	trimipramine maleate.....	68
tramadol hcl-acetaminophen.....	27	TRINTELLIX.....	66
trandolapril.....	163	TRIUMEQ.....	124
trandolapril-verapamil er.....	179		
tranexamic acid.....	157		

TRIUMEQ PD	125
trivora-28	240
TROPHAMINE	210
tropium chloride	222
tropium chloride er	222
true comfort safety pen needle	151
TRULICITY	142
TRUMENBA	266
TRUQAP	99
TRUVADA	125
TUKYSA	99
TURALIO	99
turqoz	240
TWINRIX	266
TYBOST	126
tydemy	240
TYENNE	257
TYENNE AUTOINJECTOR	257
TYGACIL	35
TYKERB	99
TYMLOS	271
TYPHIM VI	266

U

UDENYCA	157
UDENYCA AUTOINJECTOR	157
UDENYCA ONBODY	157
ultra-fine insulin syringe	151
ultra-fine pen needle	151
unifine otc pen needle	151
unifine pentips	151
unifine pentips plus	151
UNITHROID	247
ursodiol	214
USTEKINUMAB-AEKN	257
UZEDY	117

V

VAGIFEM	230
valacyclovir	131
VALCHLOR	78
VALCYTE	129
valganciclovir hcl	129
valproic acid	49
valsartan	162
valsartan- hydrochlorothiazide	179
VALTOCO	53
VALTREX	132
valtya	240
vancomycin hcl	35
VANFLYTA	99
VAQTA	266
varenicline tartrate	30
VARIVAX VACCINE	266
VASCEPA	185
VASERETIC	179
VASOTEC	163
VAXCHORA VACCINE	266
velivet	241
VENCLEXTA	99
VENCLEXTA STARTING PACK	100
venlafaxine besylate er	66
venlafaxine hcl	66
venlafaxine hcl er	66,67
VENTAVIS	288
VENTOLIN HFA	284
VEOZAH	192
verapamil er	171
verapamil er pm	172
verapamil hcl	172
verapamil sr	172
VERELAN PM	172
VERQUVO	187
VERSACLOZ	119
VERZENIO	100

vestura	241
VFEND IV	73
VIBERZI	212
vienva	241
vigabatrin	53
vigadrone	53
VIGAFYDE	53
VIGAMOX	275
vigpoder	53
VIIBRYD	67
vilazodone hcl	67
VIMKUNYA	266
VIMPAT	57
viorele	241
VIRACEPT	128,129
VIREAD	125
VITRAKVI	100
VIVITROL	29
VIVOTIF	266
VIZIMPRO	100
volnea	241
VONJO	100
VORANIGO	100
voriconazole	73
voriconazole (hpbcd)	73
VOSEVI	130
VOTRIENT	100
VOWST	214
VPRIV	220
VRAYLAR	117
VUMERITY	194
vyfemla	241
vylibra	241
VYTORIN	185
VYVANSE	189

W

warfarin sodium	154
WELIREG	220
WELLBUTRIN SR	60,61
WELLBUTRIN XL	61

wera	241
WINREVAIR	288
WINREVAIR (2 PACK)	288
wixela inhub	291
wymzya fe	241
WYOST	271

X

XALKORI	101
xarah fe	241
XARELTO	154,155
XATMEP	262
XCOPRI	57
XDEMVY	273
xelria fe	241
XENAZINE	192
XERMELO	212
XGEVA	271
XHANCE	281
XIFAXAN	214
XIGDUO XR	142
XIIDRA	273
XOFLUZA	131
XOLAIR	257
XOPENEX HFA	284
XOSPATA	101
XPOVIO	83
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	83
XTANDI	79
xulane	241
xyvona	24

Y

yargesa	220
YASMIN 28	241
YAZ	241
YF-VAX	267
yuvaferm	230

Z

zafemy.....	241	ZURZUVAE.....	61
zafirlukast.....	282	ZYDELIG.....	101
zaleplon.....	292	ZYKADIA.....	101
ZARONTIN.....	50	ZYPREXA.....	118
ZEJULA.....	101	ZYPREXA ZYDIS.....	118
ZELBORAF.....	101	ZYVOX.....	35
zelvysia.....	220		
zenatane.....	197		
ZENPEP.....	220		
zenzedi.....	189		
ZEPATIER.....	130		
ZESTORETIC.....	179		
ZESTRIL.....	163		
ZETIA.....	185		
ZIAGEN.....	125		
zidovudine.....	125		
ZIEXTENZO.....	157		
ziprasidone hcl.....	118		
ziprasidone mesylate.....	118		
ZITHROMAX.....	42		
ZITHROMAX TRI-PAK.....	42		
ZOCOR.....	183		
ZOKINVY.....	220		
ZOLINZA.....	83		
zolmitriptan odt.....	76		
ZOLOFT.....	67		
zolpidem tartrate.....	292		
zolpidem tartrate er.....	292		
ZONALON.....	201		
ZONEGRAN.....	57		
ZONISADE.....	57		
zonisamide.....	57		
ZORTRESS.....	262		
ZOSYN.....	40		
zovia 1-35.....	242		
ZOVIRAX.....	132		
ZTALMY.....	54		
ZTLIDO.....	28		
zumandimine.....	242		



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 1-888-426-2774 TTY אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. רופט 711.	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 1-888-426-2774 TTY 711.	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 1-888-426-2774 TTY 711	Tagalog
মনোযোগ নামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-888-426-2774 TTY 711 এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 1-888-426-2774 TTY 711.	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 1-888-426-2774 TTY 711	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-888-426-2744 TTY 711۔	Urdu

Hamaspik Medicare Select (HMO-DSNP)

y

Hamaspik Medicare Choice (HMO-DSNP)

Formulario 2026

(Lista de medicamentos cubiertos o “Lista de medicamentos”)

**POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE
INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE
CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

ID de presentación del archivo del formulario aprobado por HPMS: 26303

Este formulario se actualizó el 01/04/2026.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio para afiliados de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice al 888-426-2774. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos abiertos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. to 8:00 p. m., del 1 de octubre de 2025 al 31 de marzo de 2026; y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de abril de 2026 al 30 de septiembre de 2026, o visite www.hamaspik.com.