

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 01/07/2026.

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 01/07/2026. 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 01/07/2026. 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 297. 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, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nosotros.
- Puedes solicitar a Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice que hagan una excepción y cubran su medicamento. Consulte a continuación la información sobre cómo solicitar una excepción.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para obtener más información

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

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

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

Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice

El formulario que aparece a continuación proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página 297.

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

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

LEGEND

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/07/2026 abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 17

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 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 y 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 MEDICA MENTO	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>cefдинир (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>cefподoxime 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 MEDICAMENTO	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 abreviaturas de esta tabla en las páginas 17

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>mondoxylene nl 100 mg capsule</i>	1	
<i>tetracycline hcl (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	1	

Anticonvulsants

Anticonvulsants, Other

<i>brivaracetam (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>brivaracetam 10 mg/ml oral sol</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
BRIVIACT (10 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (600 PER 30 DAYS)

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 (DR 125 MG TABLET, DR 250 MG TABLET, DR 500 MG TABLET)	1	
DEPAKOTE ER (ER 250 MG TABLET, ER 500 MG TABLET)	1	
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	

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>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)
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	

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
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	
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 48

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>roweepra 500 mg tablet</i>	1	
SPRITAM (250 MG TABLET, 500 MG TABLET, 750 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	1	
<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	

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>ethosuximide (250 mg capsule, 250 mg/5 ml soln)</i>	1	
<i>methsuximide 300 mg capsule</i>	1	
ZARONTIN 250 MG CAPSULE	1	
Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Modulating Agents		
<i>clobazam (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>diazepam (2.5 mg gel, 2.5mg gel(2pk), 10 mg gel, 10 mg gel syrg, 10mg gel (2pk), 20 mg gel, 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)

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
<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)
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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
NEURONTIN 100 MG CAPSULE	1	QL (1080 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 300 MG CAPSULE	1	QL (360 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 400 MG CAPSULE	1	QL (270 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 600 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 800 MG TABLET	1	QL (135 PER 30 DAYS)
ONFI (10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ONFI 2.5 MG/ML SUSPENSION	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 52

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
<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 packt, 500 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 53

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
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	

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
CARBATROL (ER 100 MG CAPSULE, ER 200 MG CAPSULE, ER 300 MG CAPSULE)	1	
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	

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>oxcarbazepine (150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/5 ml cup, 300 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)</i>	1	
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	

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
VIMPAT (10 MG/ML SOLUTION, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	1	
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	

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
-----------------------------------	--	--------------------------------

Antidementia Agents

Cholinesterase Inhibitors

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/07/2026 abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 58

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

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)

1

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

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)

1

PA

memantine hcl er (er 7 mg capsule, er 14 mg capsule, er 21 mg capsule, er 28 mg capsule)

1

PA

Antidepressants

Antidepressants, Other

AUVELITY ER 45-105 MG TABLET

1

QL (60 PER 30 DAYS)

bupropion hcl 100 mg tablet

1

QL (120 PER 30 DAYS)

bupropion hcl 75 mg tablet

1

QL (60 PER 30 DAYS)

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>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)
<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)

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
REMERON 15 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN SR (SR 150 MG TABLET, SR 200 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN SR 100 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN XL 150 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN XL 300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZURZUVAE (20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	1	QL (28 PER 365 OVER TIME)
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	

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
PARNATE 10 MG TABLET	1	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	1	
<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)

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>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)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 63

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 64

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
<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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
PROZAC 10 MG PULVULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
PROZAC 20 MG PULVULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
PROZAC 40 MG PULVULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
RALDESY 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)

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 150 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
VIIBRYD (10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>vilazodone hcl (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	
---	---	--

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>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	
<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	

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>protriptyline hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
<i>trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cp)</i>	1	
Antiemetics		
Antiemetics, Other		
<i>chlorpromazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 30 mg/ml conc, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 100 mg/ml conc, 200 mg tablet)</i>	1	PA
<i>compro 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	

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>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	
<i>promethegan (12.5 mg suppos, 25 mg suppository)</i>	1	
<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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ondansetron odt (odt 4 mg tablet, odt 8 mg tablet)</i>	1	
Antifungals		
AMBISOME 50 MG VIAL	1	PA
<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>casposfungin 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% solution spray, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche)</i>	1	
CRESEMBA (74.5 MG CAPSULE, 186 MG CAPSULE)	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
<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	

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
NOXAFIL (40 MG/ML SUSPENSION, DR 100 MG TABLET, 300 MG POWDERMIX SUSP)	1	PA
<i>nyamyc 100,000 unit/gm powder</i>	1	
<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	

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
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
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	

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
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Receptor Antagonists

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

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
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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 76

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

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>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	
<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	

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
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)
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	

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
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)
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)
<i>pomalidomide (1 mg capsule, 2 mg capsule, 3 mg capsule, 4 mg capsule)</i>	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
POMALYST (1 MG CAPSULE, 2 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 80

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
THALOMID (150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
THALOMID 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
THALOMID 50 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Antiestrogens/Modifiers		
FARESTON 60 MG TABLET	1	
INLURIYO 200 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ORSERDU 345 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ORSERDU 86 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
SOLTAMOX 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	

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
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	
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)

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>leucovorin calcium</i> (<i>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)
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)

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
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY 16 PACK	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY DOSE	1	PA, QL (32 PER 28 DAYS)
ZOLINZA 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	

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)

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
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)
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)

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
BALVERSA 3 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
BALVERSA 4 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
BALVERSA 5 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
BOSULIF (100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET)	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
BOSULIF (400 MG TABLET, 500 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
BOSULIF 50 MG CAPSULE	1	PA, QL (330 PER 30 DAYS)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
BRUKINSA 160 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
CABOMETYX (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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 87

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 88

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
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)

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
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)
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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
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)

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
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)
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)

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
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)
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)

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

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

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 MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 96

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ROZLYTREK 50 MG PELLETT 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 TABLET, 140 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SPRYCEL 20 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
STIVARGA 40 MG TABLET	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 y 97

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
TAGRISO (40 MG TABLET, 80 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 98

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 99

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
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)

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
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)
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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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
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	

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
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

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	
<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	

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
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	
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

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
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

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	
<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)
---	---	-------------------------

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>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	
<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	

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>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	
SINEMET (10-100 MG TABLET, 25-100 MG TABLET)	1	
SINEMET 10-100 MG TABLET	1	
SINEMET 25-100 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
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

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
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

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>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
<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

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>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 MANTENA (ER 300 MG SYR, ER 300 MG VL, ER 400 MG SYR, ER 400 MG VL)	1	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>aripiprazole (10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole (2 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 110

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
BYSANTI (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

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
BYSANTI (PACK A, PACK C)	1	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
BYSANTI YSANTI TITRATION PACK	1	PA, QL (12 PER 28 OVER TIME)
CAPLYTA (10.5 MG CAPSULE, 21 MG CAPSULE, 42 MG CAPSULE)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FANAPT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FANAPT FNPT 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)

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
INVEGA (ER 3 MG TABLET, ER 9 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
INVEGA ER 6 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML	1	QL (3.5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML	1	QL (5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML	1	QL (0.75 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRG	1	QL (1 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML	1	QL (1.5 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	1	QL (0.25 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	1	QL (0.5 PER 28 DAYS)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML	1	QL (0.88 PER 84 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML	1	QL (1.32 PER 84 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML	1	QL (1.75 PER 84 OVER TIME)

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 TRINZA 819 MG/2.63 ML	1	QL (2.63 PER 84 OVER TIME)
LATUDA (20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET, 120 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LATUDA 80 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<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)

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>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)
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)

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>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)
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)

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>risperidone (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>risperidone 4 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>risperidone er (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)

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 118

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 119

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 120

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
CLOZARIL 25 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	1	PA, QL (540 PER 30 DAYS)

Antispasticity Agents

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
GENVOYA TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ISENTRESS (100 MG POWDER PACKET, 400 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ISENTRESS (25 MG TABLET CHEW, 100 MG TABLET CHEW)	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS HD 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)
------------------------------	---	---------------------

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
EDURANT 25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT PED 2.5MG TAB FOR SUSP	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz 600 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitenofovir disoproxil fumarato 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)

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
<i>rilpivirine 25 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SYMFI 600-300-300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)		
<i>abacavir 20 mg/ml solution</i>	1	QL (960 PER 30 DAYS)
<i>abacavir 300 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>abacavir-lamivudine 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-rilpivirine-tenofovir emtricitabine-rilpivirine-tenofovir 200-25-300</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate (100-150mg, 133-200mg, 167-250mg, 200-300mg)</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 124

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	1	QL (850 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 200 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EPIVIR 10 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (960 PER 30 DAYS)
EPIVIR 150 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
EPIVIR 300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
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)

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
Anti-HIV Agents, Other		
FUZEON 90 MG VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 150 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
RUKOBIA 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)

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
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 200 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
IDVYNZO 100 MG-0.25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
KALETRA 100-25 MG TABLET	1	QL (300 PER 30 DAYS)
KALETRA 200-50 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
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)

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
NORVIR (100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET)	1	QL (360 PER 30 DAYS)
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)

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
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TABLET	1	QL (270 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
LIVTENCITY 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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 130

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>entecavir (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	1	
<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	1	
<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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TAMIFLU (45 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	1	QL (84 PER 365 OVER TIME)
TAMIFLU 30 MG CAPSULE	1	QL (168 PER 365 OVER TIME)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION	1	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
XOFLUZA (40 MG TAB (80 MG DOSE), 40 MG TABLET)	1	QL (4 PER 365 OVER TIME)
XOFLUZA 80 MG TABLET	1	QL (2 PER 365 OVER TIME)

Antiherpetic Agents

<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	

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>valacyclovir (1 gram tablet, 500 mg tablet)</i>	1	
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)

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>alprazolam er (er 0.5 mg tablet, er 1 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam er 2 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam er 3 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam 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>buspirone 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)

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>clonazepam (2 mg odt, 2 mg tablet)</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tablet</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tablet</i>	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
<i>diazepam (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>diazepam (5 mg/5 ml oral cup, 5 mg/5 ml solution)</i>	1	PA, QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>diazepam (5 mg/ml, 25 mg/5 ml)</i>	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>hydroxyzine hcl (10 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml syrup, hcl 10 mg tablet, hcl 25 mg tablet, 50 mg/25 ml cup, hcl 50 mg tablet)</i>	1	PA
<i>hydroxyzine pamoate (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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 135

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

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>acarbose 50 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ACTOS (30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ACTOS 15 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
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)
<i>dapagliflozin-metfor er 5-1000 mg</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dapagliflozin-metformin er (dapagliflozin-metfo er 10-1000, dapagliflozin-metfor er 5-500, dapagliflozin-metfor er 10-500)</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)

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>glimepiride 2 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glimepiride 4 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glipizide 10 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glipizide 2.5 mg tablet</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>glipizide 5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glipizide er 10 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glipizide er 2.5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<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)

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
GLUCOTROL XL 10 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
GLUCOTROL XL 5 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glyburide 1.25 mg tablet</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>glyburide 2.5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glyburide 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glyburide micronized 1.5 mg tab</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glyburide micronized 3 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glyburide micronized 6 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glyburide-metformin hcl (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)

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
<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)
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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	1	QL (75 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl 500 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl 850 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl er 500 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl er 750 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
MOUNJARO (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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
OZEMPIC (1.5 MG TABLET, 4 MG TABLET, 9 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 142

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>saxagliptin-metformin er saxagliptn-metform 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)
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)

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
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)
<i>diazoxide 50 mg/ml oral susp</i>	1	
GLUCAGON EMERGENCY KIT (GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT, GLUCAGON 1 MG VIAL, GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT, GLUCAGON 1 MG VIAL)	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)

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
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)
PROGLYCEM 50 MG/ML ORAL SUSP	1	
Insulins		
<i>autosshield duo pen needle ndl 30g 5mm</i>	1	PA

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
<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
<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

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>easy comfort pen needle (29g 4mm, 29g 5mm, 32g 4mm)</i>	1	PA
<i>easy touch insulin syringe (0.3 ml 30g 8mm, 0.3 ml 31g 8mm, 0.5 ml 30g 8mm, 0.5 ml 31g 8mm, 1 ml 27g 12.7mm, 1 ml 28g 12.7mm, 1 ml 29g 12.7mm, 1 ml 30g 12.7mm, syr 1ml 30g 8mm, syr 1ml 31g 8mm)</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)

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
HUMALOG KWIKPEN U-100 UNIT/ML	1	QL (60 PER 30 DAYS)
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

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
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML VL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
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)

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
LYUMJEV 100 UNIT/ML VIAL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
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)

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
NOVOLIN R (R 100 UNIT/ML VIAL, RELION R 100 UNIT/ML)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
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)

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
<i>omnipod 5 dexg7g6 intro(gen 5)</i>	1	PA, QL (1 PER 720 OVER TIME)
<i>omnipod 5 dexg7g6 pods (gen 5)</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>omnipod 5 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 (31g 8mm, 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 152

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 153

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 154

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 155

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 156

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

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 y 158

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

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 162

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 163

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

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 166

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

<i>amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	
--	---	--

<i>felodipine er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet, er 10 mg tablet)</i>	1	
--	---	--

<i>isradipine (2.5 mg capsule, 5 mg capsule)</i>	1	
--	---	--

<i>nicardipine hcl (20 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	1	
---	---	--

<i>nifedipine (10 mg capsule, 20 mg capsule)</i>	1	
--	---	--

<i>nifedipine er (er 30 mg tablet, er 60 mg tablet, er 90 mg tablet)</i>	1	
--	---	--

<i>nimodipine 30 mg capsule</i>	1	
---------------------------------	---	--

<i>nisoldipine (er 8.5 mg tablet, er 17 mg tablet, er 25.5 mg tablet, er 34 mg tablet)</i>	1	
--	---	--

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

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

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 175

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 y 176

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 177

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 178

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 180

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 181

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 183

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 184

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 185

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 (2 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE)	1	PA
NEXLETOL 180 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>niacin er (er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 186

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
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	
INSPRA (25 MG TABLET, 50 MG TABLET)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 187

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
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	

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
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, 2% ointment, 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	
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)

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
-----------------------------------	--	--------------------------------

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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 190

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>dextroamphetamine-amphetamine (dextroamphetamine 7.5 mg tab, dextroamphetamine 12.5 mg tab, dextroamphetamine 10 mg tab, dextroamphetamine 15 mg tab, dextroamphetamine 30 mg tab, dextroamphetamine 5 mg tab)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine-amphetamine dextroamphetamine 20 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lisdexamfetamine dimesylate (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule, 50 mg capsule, 60 mg capsule, 70 mg capsule)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VYVANSE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE, 70 MG CAPSULE)	1	QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>zenzedi 10 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>zenzedi 5 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
<i>atomoxetine hcl (10 mg capsule, 18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl (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)

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
<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)
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)

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
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)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 194

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 195

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
<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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
<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>acutane (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule)</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>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	
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

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
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)
<i>sulfacetamide sodium (sodium 10% top susp, sodium 10% lotion)</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

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
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

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	
<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)

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>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)
<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)

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>fluocinolone acetone</i> (0.01% cream, 0.01% solution, 0.025% cream, 0.025% ointment)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluocinonide</i> (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<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</i> (0.005% oint, 0.05% cream)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>halobetasol propionate</i> (0.05% cream, 0.05% ointment)	1	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>hydrocortisone</i> (1% cream, 1% ointment)	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)

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>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)
<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)

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>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)
<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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 204

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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)
<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

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
Topical Anti-infectives		
<i>gentamicin sulfate (0.1% cream, 0.1% ointment)</i>	1	
METROCREAM METRO0.75%	1	
METROGEL (1% GEL, 1% PUMP)	1	
<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	

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>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	
<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	
KLOR-CON 10 (KLOR-CON 10 MEQ TABLET, KLOR-CON 10 MEQ TABLET)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 207

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
<i>potassium chloride (cl10%(20meq/15ml) cup, cl10%(40meq/30ml) cup, cl20%(40meq/15ml) cup, cl 2 meq/ml conc, cl 10 meq/5 ml conc, cl 10% (20 meq/15ml), cl 10% (40 meq/30ml), cl 20 meq/10 ml conc, cl 20% (40 meq/15ml), cl 40 meq/20 ml conc, cl 60 meq/30 ml conc, cl er 8 meq capsule, cl er 8 meq tablet, cl er 10 meq capsule, cl er 10 meq tablet, cl er 15 meq tablet, cl er 20 meq tablet)</i>	1	

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
<i>potassium chloride in d5lr kcl 20 meqd5w-lact ringer</i>	1	
<i>potassium chloride proamp cl 20 meq/10 ml conc</i>	1	
<i>potassium chloride-0.45% nacl 20 meq-0.45% na</i>	1	
<i>potassium chloride- dextrose 5% kcl 20 meq/l in d5w solution</i>	1	
<i>potassium citrate er (er 5 tab, er 10 tb, er 15 tb)</i>	1	
<i>sodium chloride (saline 0.45% soln-excel con, sodium chloride 0.45% soln, sodium chloride 0.9% 100 ml, sodium chloride 0.9% 1,000 ml, sodium chloride 0.9% 250 ml, sodium chloride 0.9% 50 ml, sodium chloride 0.9% 500 ml, sodium chloride 0.9% ampule, sodium chloride 0.9% irrig, sodium chloride 0.9% irrig., sodium chloride 0.9% prcss sol, sodium chloride 0.9% sol-excel, sodium chloride 0.9% soln, sodium chloride 0.9% solution, sodium chloride 0.9% vial)</i>	1	

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
<i>sodium chloride-water 0.9%-water</i>	1	
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
CHEMET 100 MG CAPSULE	1	
<i>deferasirox (90 mg granule pkt, 90 mg tablet, 125 mg tb for susp, 180 mg granule pkt, 180 mg tablet, 250 mg tb for susp, 360 mg granule pkt, 360 mg tablet, 500 mg tb for susp)</i>	1	PA
EXJADE (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

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 MEDICA MENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/07/2026 abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 211

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>glucose in water (50 ml, 100 ml)</i>	1	
INTRALIPID 20% IV FAT EMUL	1	PA
NUTRILIPID 20% IV FAT EMULSION	1	PA
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	

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
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Gastrointestinal Agents

Anti-Constipation Agents

<i>constulose 10 gm/15 ml soln</i>	1	
<i>enulose 10 gm/15 ml solution</i>	1	
<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)

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
RELISTOR 150 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE	1	PA, QL (12 PER 30 DAYS)
Anti-Diarrheal Agents		
<i>alosetron hcl (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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 214

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
<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	

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
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	
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	

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>nizatidine (150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	1	
Protectants		
CARAFATE (1 GM TABLET, 1 GM/10 ML SUSP)	1	
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)

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
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)
<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)

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
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

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
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	

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
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
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	

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
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
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)
REVCIVI 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)

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>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
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	1	

— Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 222

60,000 UNIT CAPSULE)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ZOKINVY (50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>oxybutynin chloride er cl 10 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride er cl 15 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride er cl 5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>solifenacin succinate (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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 224

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 225

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
DEPEN 250 MG TITRATAB	1	
<i>penicillamine 250 mg tablet</i>	1	

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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 226

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
HEMADY 20 MG TABLET	1	
<i>hidex 6 day 1.5 mg tablet</i>	1	
<i>hydrocortisone (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
MEDROL (4 MG DOSEPAK, 4 MG TABLET, 8 MG TABLET, 16 MG TABLET)	1	
<i>methylprednisolone (4 mg dosepk, 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 y 227

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 y 228

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 y 229

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 230

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 231

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

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 233

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 0.4 mg-0.035 mg tab</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

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 235

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	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 abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 236

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
01/07/2026 abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 237

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 238

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	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 abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 239

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	

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>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 17 241

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICA MENTO	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

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

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 MEDICAMENTO	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	
NORA-BE (NORA-BE TABLET, NORA-BE TABLET)	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 y 245

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 MEDICA MENTO	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 MEDICA MENTO	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 249

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)

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
LIFYORLI 125 MG DOSE PACK	1	PA, QL (18 PER 28 DAYS)
LIFYORLI 150 MG DOSE PACK	1	PA, QL (27 PER 28 DAYS)
LUPRON DEPOT (3.75 MG KIT, 7.5 MG 1 MONTH KT)	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
LUPRON DEPOT (LUPANETA) 3.75MG	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG 3MO	1	PA, QL (1 PER 84 OVER TIME)
LUPRON DEPOT-PED 45 MG 6MO KIT	1	PA, QL (1 PER 168 OVER TIME)
LUPRON DEPOT-PED 7.5 MG KIT	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
<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</i>	1	PA

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

ml vial)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>octreotide acetate er (er 10 mg, er 20 mg, er 30 mg)</i>	1	PA
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	

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
TRELSTAR (3.75 MG VIAL, 11.25 MG VIAL, 22.5 MG VIAL)	1	PA

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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Immunoglobulins		
ATGAM 50 MG/ML AMPUL	1	PA
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

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
THYMOGLOBULIN 25 MG VIAL	1	PA
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)

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
COSENTYX SYRINGE 75 MG/0.5 ML	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
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 256

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 257

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 (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL)	1	PA, QL (1.5 PER 84 OVER TIME)
STEQEYMA 130 MG/26 ML VIAL	1	PA, QL (104 PER 180 OVER TIME)
STEQEYMA 90 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (3 PER 56 OVER TIME)
TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
TREMFYA ONE-PRESS 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)

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
TREMFYA PEN INDUCTION (2 PEN) INDCT 200MG/2ML X2	1	PA, QL (12 PER 180 OVER TIME)
TYENNE 162 MG/0.9 ML SYRINGE	1	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
TYENNE AUTOINJECTOR 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

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
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
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

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
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI 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)

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
HADLIMA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRNG	1	PA, QL (2.4 PER 28 DAYS)
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	1	PA

— Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 262

SOLUTION)

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tacrolimus (0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule (ir), 5 mg capsule (ir))</i>	1	PA
<i>tacrolimus xl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule, 5 mg capsule)</i>	1	PA
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 264

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	1	
BOOSTRIX TDAP (SYRINGE, VIAL)	1	
DAPTACEL DTAP VACCINE	1	
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	

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
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5 ML SYRNG	1	PA
HIBERIX (VACCINE VIAL, VIAL AND DILUENT SYRG)	1	
IMOVAX RABIES VACCINE VIAL	1	PA
INFANRIX DTAP SYRINGE	1	
IPOX 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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 266

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
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	

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
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)
STAMARIL VIAL	1	
TENIVAC (SYRINGE, VIAL)	1	PA
TICOVAC (1.2 MCG/0.25 ML SYRING, 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	

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
VAXCHORA VACCINE	1	
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML SYRINGE	1	
VIVOTIF EC CAPSULE	1	
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	

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>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)
<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)

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>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)
<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

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
<i>calcitonin-salmon 200 unit spr</i>	1	
<i>calcitriol (0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml solution)</i>	1	
<i>cinacalcet hcl (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)

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>risedronate sodium 150 mg tab</i>	1	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>risedronate sodium 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
TERIPARATIDE (TERIPARATIDE 560MCG/2.24ML PEN, TERIPARATIDE 560MCG/2.24ML PEN)	1	PA
TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTR	1	PA
WYOST 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 273

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

XGEVA 120 MG/1.7 ML VIAL	1	PA
--------------------------	---	----

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	
<i>cyclosporine 0.05% eye emuls</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 274

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
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	
<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	

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 MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>bacitracin-polymyxin eye oint</i>	1	
BESIVANCE 0.6% SUSP	1	
<i>ciprofloxacin hcl 0.3% eye drop</i>	1	
<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-bacit-polymix eye oint</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin neomyc-polym-gramicid eye drop</i>	1	
OCUFLOX 0.3% EYE DROPS	1	
<i>ofloxacin 0.3% eye drops</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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	
<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	

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
<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	
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	

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
PRED MILD 0.12% EYE DROPS	1	
<i>prednisolone acetate 1% eye drop</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate 1% eye drop</i>	1	
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	

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
TIMOPTIC OCUDOSE (0.25% DROP, 0.5% DROP)	1	
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
ALHAGAN P (ALHAGAN 0.1% DROS, ALHAGAN 0.15% EYE DROS)	1	
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% OPHTH 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	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las
01/07/2026 abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 280

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

Ophthalmic Prostaglandin and Prostamide Analogs

<i>bimatoprost 0.03% eye drops</i>	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
<i>latanoprost 0.005% eye drops</i>	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
LUMIGAN 0.01% EYE DROPS	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
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	

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>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	

Respiratory Tract/ Pulmonary Agents

Anti-inflammatory, 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)

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>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)
<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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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 syrp)</i>	1	PA
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tablet</i>	1	
<i>olopatadine hcl 665 mcg nasal spry</i>	1	QL (30.5 PER 30 DAYS)
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	

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
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

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)
<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)
<i>ipratropium bromide 17 mcg hfa inh</i>	1	QL (25.8 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)
--	---	---------------------

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
<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	
<i>albuterol sulfate (sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, 2.5 mg/0.5 ml sol, sul 2.5 mg/3 ml soln, 5 mg/ml solution, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln)</i>	1	PA
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler</i>	1	QL (17 PER 30 DAYS)
<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)

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>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
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)

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
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)
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	

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
<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)
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)

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
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
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)

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
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)
ESBRIET 801 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>	1	PA, QL (60 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

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
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)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSPHER 160-9-4.8 MCG	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)

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
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)
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	
------------------------------------	---	--

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>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)
<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)

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
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)
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)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 17 y 295

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<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)

Índice de medicamentos

A

abacavir.....	124	AFINITOR.....	84
abacavir-lamivudine.....	124	AFINITOR DISPERZ.....	85
abigale.....	232	afirmelle.....	233
abigale lo.....	232	AGRYLIN.....	157
ABILIFY.....	110	AIMOVIG.....	
ABILIFY ASIMTUFII.....	110	AUTOINJECTOR.....	75
ABILIFY MAINTENA.....	110	AKEEGA.....	85
abiraterone acetate.....	79	ALA-CORT.....	200
abirtega.....	79	albendazole.....	103
ABRYSVO.....	264	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic ProAir HFA).....	285
acamprosate calcium.....	28	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic Proventil HFA).....	286
acarbose.....	136,137	albuterol sulfate.....	286
ACCOLATE.....	284	albuterol sulfate hfa.....	286
accutane.....	197	alclometasone dipropionate.....	200
acebutolol hcl.....	167	ALDACTONE.....	187
acetaminophen-codeine.....	24	ALECENSA.....	85
acetazolamide.....	174	alendronate sodium.....	271
acetazolamide er.....	174	alfuzosin hcl er.....	224
acetic acid.....	281	aliskiren.....	174
acetylcysteine.....	291	allopurinol.....	74
acitretin.....	198	alose tron hcl.....	214
ACTEMRA.....	255	ALPHAGAN P.....	280
ACTEMRA ACTPEN.....	255	alprazolam.....	133
ACTHAR.....	226	alprazolam er.....	134
ACTHAR SELFJECT.....	226	alprazolam xr.....	134
ACTHIB.....	264	altavera.....	233
ACTIMMUNE.....	259	ALUNBRIG.....	85
ACTOS.....	137	alyacen.....	233
ACULAR.....	277	amabelz.....	233
ACULAR LS.....	277	amantadine.....	105
acyclovir.....	132	AMBISOME.....	71
acyclovir sodium.....	132	ambrisentan.....	289
ADACEL TDAP.....	264	amethia.....	233
ADCIRCA.....	289	amethyst.....	233
ADDERALL XR.....	190	amikacin sulfate.....	31
adefovir dipivoxil.....	130	amiloride hcl.....	182
ADEMPAS.....	289		
ADLARITY.....	58		
ADVAIR HFA.....	292		

amiloride- hydrochlorothiazide.....	174	ARIMIDEX.....	84
amiodarone hcl.....	166	aripiprazole.....	110,111
amitriptyline hcl.....	67	aripiprazole odt.....	111
amlodipine besylate.....	170	ARISTADA.....	111
amlodipine besylate- benazepril.....	174	ARISTADA INITIO.....	111
amlodipine-atorvastatin.....	175	armodafinil.....	295
amlodipine-olmesartan.....	175	ARNUIITY ELLIPTA.....	282
amlodipine-valsartan.....	175	AROMASIN.....	84
amlodipine-valsartan-hctz.....	175	ARTHROTEC 50.....	18
ammonium lactate.....	200	ARTHROTEC 75.....	18
amnestem.....	198	asenapine maleate.....	111
amoxapine.....	68	ashlyna.....	233
amoxicillin.....	38	ASMANEX.....	282
amoxicillin-clavulanate pot er.....	38	ASMANEX HFA.....	282
amoxicillin-clavulanate potass.....	38	aspirin-dipyridamole er.....	160
amphotericin b.....	71	ASTAGRAF XL.....	260
amphotericin b liposome.....	71	ATACAND.....	162
ampicillin sodium.....	38	ATACAND HCT.....	175
ampicillin trihydrate.....	38	atazanavir sulfate.....	128
ampicillin-sulbactam.....	38	AELVIA.....	271
AMPYRA.....	195	atenolol.....	167
anagrelide hcl.....	157	atenolol-chlorthalidone.....	175
anastrozole.....	84	ATGAM.....	254
ANORO ELLIPTA.....	292	atomoxetine hcl.....	192
apomorphine hcl.....	105	atorvastatin calcium.....	184
aprepitant.....	70	atovaquone.....	103
apri.....	233	atovaquone-proguanil hcl.....	103
APRISO.....	269	atropine sulfate.....	274
APTIOM.....	54	ATROVENT HFA.....	285
APTIVUS.....	127	ATTRUBY.....	219
aqua care sodium chloride.....	206	aubra.....	233
aranelle.....	233	aubra eq.....	233
ARANESP.....	157	AUGTYRO.....	85
ARCALYST.....	255	aurovela.....	233
AREXVY.....	264	aurovela 24 fe.....	233
ARICEPT.....	58	aurovela fe.....	233
ARIKAYCE.....	31	AUSTEDO.....	193
		AUSTEDO XR.....	194
		AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	194
		autosield duo pen needle.....	145

AUVELITY	59	benazepril hcl	164
AVALIDE	175	benazepril- hydrochlorothiazide	176
AVAPRO	162	BENICAR	162
aviane	233	BENICAR HCT	176
avidoxy	44	BENLYSTA	255
AVMAPKI-FAKZYNJA	82	BENZAMYCIN	198
AVONEX	195	benztropine mesylate	105
AVONEX (4 PACK)	195	BESIVANCE	276
AVONEX PEN (4 PACK)	195	BESREMI	260
ayuna	234	betaine anhydrous	219
AYVAKIT	85	betamethasone diprop augmented	200
AZACTAM	32	betamethasone dipropionate	200
AZASAN	260	betamethasone valerate	200
azathioprine	260	BETASERON	195
azelaic acid	198	betaxolol hcl	167,279
azelastine hcl	277,283	bethanechol chloride	225
AZELEX	198	BETOPTIC S	279
AZILECT	108	bexarotene	102
azithromycin	41	BEXSERO	265
AZOPT	280	bicalutamide	79
AZOR	176	BICILLIN L-A	39
aztreonam	32	BIKTARVY	121
AZULFIDINE	269	BILTRICIDE	103
azurette	234	bimatoprost	281
B		bismuth-metronidazole- tetracyc	215
bacitracin	275	bisoprolol fumarate	167
bacitracin-polymyxin	276	bisoprolol- hydrochlorothiazide	176
baclofen	121	blisovi 24 fe	234
BACTRIM	44	blisovi fe	234
BACTRIM DS	44	BONSITY	271
balsalazide disodium	269	BOOSTRIX TDAP	265
BALVERSA	86	bosentan	289
balziva	234	BOSULIF	86
BANZEL	54	BRAFTOVI	86
BAQSIMI	144	BREO ELLIPTA	292
BARACLUDE	130	breyana	292
BCG VACCINE (TICE STRAIN)	264		
BELBUCA	22		
BELSOMRA	294		

BREZTRI AEROSPHERE	292	calcipotriene	204
briellyn	234	calcitonin-salmon	272
BRILINTA	160	calcitrene	204
brimonidine tartrate	280	calcitriol	272
brimonidine tartrate-timolol	274	CALQUENCE	86
brinzolamide	280	camila	244
brivaracetam	45	camrese	234
BRIVIACT	45	camrese lo	234
bromfenac sodium	277	CANASA	269
bromocriptine mesylate	106	CANCIDAS	71
BRUKINSA	86	candesartan cilexetil	162,163
budesonide	283	candesartan-	
budesonide dr	270	hydrochlorothiazid	176
budesonide ec	271	CAPLYTA	112
budesonide er	271	CAPRELSA	87
budesonide-formoterol		captopril	164
fumarate	292	CARAFATE	217
bumetanide	182	CARBAGLU	206
BUPHENYL	219	carbamazepine	54
buprenorphine	22	carbamazepine er	54
buprenorphine hcl	28	CARBATROL	55
buprenorphine-naloxone	29	carbidopa	106
bupropion hcl	59	carbidopa-levodopa	107
bupropion hcl sr	30,60	carbidopa-levodopa er	107
bupropion hcl sr 150mg		carbidopa-levodopa-	
tablet	60	entacapone	105
bupropion xl	60	CARDIZEM	171
bupirone hcl	134	CARDIZEM CD	171
butalbital-acetaminophen	18	CARDIZEM LA	172
butalbital-acetaminophen-		CARDURA	161
caffe	18	carglumic acid	206
butalbital-aspirin-caffeine	18	CARNITOR	219
butorphanol tartrate	24	CARNITOR SF	219
BUTRANS	23	carteolol hcl	279
BYSANTI	111,112	cartia xt	172
BYSTOLIC	167	carvedilol	168
C		carvedilol er	168
cabergoline	250	CASODEX	79
CABLIVI	160	casprofungin acetate	71
CABOMETYX	86	CAYSTON	287
		cefaclor	35

cefadroxil.....	35	cilostazol.....	160
cefazolin sodium.....	36	CIMDUO.....	124
cefazolin sodium-dextrose.....	36	cimetidine.....	216
cefdinir.....	36	cinacalcet hcl.....	272
cefepime.....	36	CIPRO.....	43
cefepime hcl.....	36	ciprofloxacin hcl.....	43,276
cefepime-dextrose.....	36	ciprofloxacin-d5w.....	43
cefixime.....	36	ciprofloxacin- dexamethasone.....	281
cefoxitin.....	36	citalopram hbr.....	62
cefoxitin sodium.....	36	claravis.....	198
cefpodoxime proxetil.....	36	clarithromycin.....	41
cefprozil.....	36	clarithromycin er.....	41
ceftaroline fosamil.....	37	clemastine fumarate.....	284
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.....	260	clindamycin hcl.....	32
CELONTIN.....	49	clindamycin phos-benzoyl perox.....	198
cephalexin.....	37	clindamycin phosphate.....	33
CEREZYME.....	219	clindamycin phosphate-d5w.....	33
cetirizine hcl.....	283	clindamycin-0.9% nacl.....	33
cevimeline hcl.....	197	clindamycin-benzoyl peroxide.....	198
chateal eq.....	234	clobazam.....	50
CHEMET.....	210	clobetasol emollient.....	200
chenodal.....	215	clobetasol propionate.....	201
chlordiazepoxide hcl.....	134	clodan.....	201
chlorhexidine gluconate.....	197	clomipramine hcl.....	68
chloroquine phosphate.....	103	clonazepam.....	134,135
chlorpromazine hcl.....	69	clonidine.....	160
chlorthalidone.....	183	clonidine hcl.....	161
chlorzoxazone.....	293	clonidine hcl er.....	192
cholestyramine.....	185	clopidogrel.....	160
cholestyramine light.....	185	clorazepate dipotassium.....	135
CHORIONIC GONADOTROPIN.....	228	clotrimazole.....	71
ciclodan.....	71		
ciclopirox.....	71		

clotrimazole-betamethasone	204	cromolyn sodium	219,277,288
clozapine	120	cryselle	234
clozapine odt	120	CRYSVITA	220
CLOZARIL	120,121	cyclobenzaprine hcl	294
COARTEM	103	cyclophosphamide	78
COBENFY	120	cycloserine	77
COBENFY STARTER PACK	120	CYCLOSET	137
codeine sulfate	24	cyclosporine	260,274
colchicine	74	cyclosporine modified	260
COLESTID	185	CYMBALTA	62
colestipol hcl	185	cyproheptadine hcl	284
colistimethate	33	cyred	234
COMBIGAN	274	cyred eq	234
COMBIPATCH	234	CYSTADANE	220
COMBIVENT RESPIMAT	292	CYSTADROPS	274
COMETRIQ	87	CYSTAGON	220
COMPLERA	124	CYSTARAN	274
compro	69	CYTOMEL	246
COMTAN	105	CYTOTEC	217
conjugated estrogens	230	D	
constulose	213	dabigatran etexilate	154
COPIKTRA	87	dalbavancin hcl	33
CORLANOR	176	dalfampridine er	195
CORTEF	226	DALIRESP	288
COSENTYX (2 SYRINGES)	255	DALVANCE	33
COSENTYX SENSOREADY (2 PENS)	255	danazol	229
COSENTYX SENSOREADY PEN	255	DANTRIUM	121
COSENTYX SYRINGE	255,256	dantrolene sodium	121
COSENTYX UNOREADY PEN	256	DANZITEN	87
COSOPT	274	dapagliflozin	137
COTELLIC	87	dapagliflozin-metfor er 5-1000 mg	137
COZAAR	163	dapagliflozin-metformin er	137
CREON	219	dapsone	77
CRESEMBA	71	DAPTACEL DTAP	265
CRESTOR	184	daptomycin	33
		DARAPRIM	103
		darifenacin er	223
		darunavir	128
		dasatinib	87

dasetta.....	234	dextroamphetamine-	
DAURISMO.....	87,88	amphetamine.....	191
DAYPRO.....	19	dextrose 2.5%-0.45% nacl.....	206
daysee.....	234	dextrose 5%-0.2% nacl.....	207
DAYVIGO.....	294	dextrose 5%-0.225% nacl.....	207
DDAVP.....	228	dextrose 5%-0.45% nacl.....	207
deblitane.....	244	dextrose 5%-0.9% nacl.....	207
deferasirox.....	210	dextrose in water.....	211
DELSTRIGO.....	122	DIACOMIT.....	46
demeclocycline hcl.....	44	diazepam.....	50,135
DEMSEK.....	176	diazoxide.....	144
DENGVAXIA.....	265	diclofenac potassium.....	19
DEPAKOTE.....	46	diclofenac sodium.....	19,204,278
DEPAKOTE ER.....	46	diclofenac sodium er.....	19
DEPAKOTE SPRINKLE.....	46	diclofenac sodium-	
DEPEN.....	226	misoprostol.....	19,20
DEPO-ESTRADIOL.....	230	dicloxacin sodium.....	39
DEPO-PROVERA.....	244	dicyclomine hcl.....	214
DEPO-SUBQ PROVERA		DIFICID.....	41
104.....	244	DIFLUCAN.....	72
DEPO-TESTOSTERONE.....	229	difluprednate.....	278
dermacinrx lidocan.....	27	digoxin.....	177
DESCOVY.....	124	dihydroergotamine mesylate.....	74
desipramine hcl.....	68	DILANTIN.....	55
desloratadine.....	284	DILANTIN-125.....	55
desmopressin acetate.....	228	dilt-xr.....	172
desogestr-eth estrad eth		diltiazem 12hr er.....	172
estra.....	234	diltiazem 24hr er.....	172
desonide.....	201	diltiazem 24hr er (cd).....	172
desoximetasone.....	201	diltiazem 24hr er (la).....	172
desvenlafaxine succinate er.....	63	diltiazem 24hr er (xr).....	172
dexamethasone.....	226	diltiazem hcl.....	173
dexamethasone sodium		dimethyl fumarate.....	195
phosphate.....	278	DIOVAN.....	163
DEXEDRINE.....	190	DIOVAN HCT.....	177
dexmethylphenidate hcl.....	192	DIPENTUM.....	269
dextroamphetamine sulfate.....	190	diphenoxylate-atropine.....	214
dextroamphetamine sulfate		DIPROLENE.....	201
er.....	190	dipyridamole.....	160
dextroamphetamine-amphet		disulfiram.....	28
er.....	190	divalproex sodium.....	46

divalproex sodium er.....	46	ec-naproxen.....	20
DIVIGEL.....	230	econazole nitrate.....	72
dofetilide.....	166	EDARBI.....	163
dolishale.....	235	EDARBYCLOR.....	177
donepezil hcl.....	58	EDURANT.....	123
donepezil hcl odt.....	58	EDURANT PED.....	123
dorzolamide hcl.....	280	efavirenz.....	123
dorzolamide-timolol.....	274	efavirenz-emtric-tenofov	
dotti.....	230	disop.....	123
DOVATO.....	121	efavirenz-lamivu-tenofov	
doxazosin mesylate.....	161	disop.....	123
doxepin hcl.....	68,201,294	EFFEXOR XR.....	63
doxy 100.....	44	ELELYSO.....	220
doxycycline hyclate.....	44	ELIDEL.....	201
doxycycline ir-dr.....	198	ELIGARD.....	250
doxycycline monohydrate.....	44	elinest.....	235
DRIZALMA SPRINKLE.....	63	ELIQUIS.....	154
dronabinol.....	70	ELIQUIS SPRINKLE.....	154
droplet insulin syringe.....	146	eltrombopag olamine.....	158
droplet micron pen needle.....	146	eluryng.....	235
droplet pen needle.....	146	EMEND.....	70
dropsafe pen needle.....	146	EMGALITY PEN.....	75
drospirenone-eth estra-		EMGALITY SYRINGE.....	75
levomef.....	235	EMSAM.....	61
drospirenone-ethinyl		emtricitabine.....	124
estradiol.....	235	emtricitabine-rilpivirne-	
droxidopa.....	161	tenof.....	124
DUAVEE.....	246	emtricitabine-tenofov	
DULERA.....	292	disop.....	124
duloxetine hcl.....	63	EMTRIVA.....	125
DUPIXENT PEN.....	256	emzahn.....	244
DUPIXENT SYRINGE.....	256	enalapril maleate.....	164
DUREZOL.....	278	enalapril-	
dutasteride.....	224	hydrochlorothiazide.....	177
dutasteride-tamsulosin.....	225	ENBREL.....	261
E		ENBREL MINI.....	261
E.E.S. 200.....	41	ENBREL SURECLICK.....	261
easy comfort insulin syringe.....	146	ENDARI.....	220
easy comfort pen needle.....	147	ENDOCET.....	24,25
easy touch insulin syringe.....	147	ENGERIX-B ADULT.....	265

ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	265	escitalopram oxalate	63
enilloring	235	ESGIC	18
enoxaparin sodium	154,155	eslicarbazepine acetate	55
enpresse	235	esomeprazole magnesium	217
ENSACOVE	88	estarylla	235
enskyce	235	ESTRACE	231
entacapone	105	estradiol	231
entecavir	131	estradiol (once weekly)	231
ENTRESTO	177	estradiol (twice weekly)	231
ENTRESTO SPRINKLE	177	estradiol valerate	231
ENTYVIO PEN	256	estradiol-norethindrone acetat	235
enulose	213	ESTRING	232
ENVARUSUS XR	261	eszopiclone	294
EPIDIOLEX	46	ethambutol hcl	78
epinastine hcl	277	ethosuximide	50
epinephrine	286	ethynodiol-ethinyl estradiol	235
epitol	55	etodolac	20
EPIVIR	125	etodolac er	20
eplerenone	187	etonogestrel-ethinyl estradiol	235
EPRONTIA	46	etravirine	123
ergotamine-caffeine	74	EUCRISA	201
ERIVEDGE	88	EULEXIN	79
ERLEADA	79	everolimus	88,261
erlotinib hcl	88	EVISTA	246
errin	244	EVOTAZ	128
ertapenem	40	EXELON	58
ER VEBO (NATIONAL STOCKPILE)	265	exemestane	84
ery	41	EXFORGE	178
ERY-TAB	41	EXFORGE HCT	178
ERYPED 200	41	EXJADE	210
ERYPED 400	42	EXXUA	60
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	42	EYSUVIS	278
erythromycin	42,276	ezetimibe	186
erythromycin ethylsuccinate	42	ezetimibe-simvastatin	186
erythromycin lactobionate	42	F	
erythromycin-benzoyl peroxide	198	falmina	235
ESBRIET	291	famciclovir	132
		famotidine	216

FANAPT.....	112	fluoxetine hcl.....	64
FARESTON.....	81	fluphenazine decanoate.....	108
FARXIGA.....	137	fluphenazine hcl.....	108
FASENRA.....	293	flurbiprofen.....	20
FASENRA PEN.....	293	flurbiprofen sodium.....	278
febuxostat.....	74	fluticasone propionate.....	202,283
feirza.....	236	fluticasone propionate hfa.....	283
felbamate.....	47	fluticasone-salmeterol.....	293
felodipine er.....	170	fluvastatin er.....	184
FEMARA.....	84	fluvastatin sodium.....	184
fenofibrate.....	183	fluvoxamine maleate.....	64
fenofibric acid.....	183	FML.....	278
fentanyl.....	23	FOCALIN.....	192
fentanyl citrate.....	25	fondaparinux sodium.....	155
fesoterodine fumarate er.....	223	FORTEO.....	272
FETZIMA.....	64	FOSAMAX.....	272
FIASP.....	147	fosamprenavir calcium.....	128
FIASP FLEXTOUCH.....	147	fosfomycin tromethamine.....	33
FIASP PENFILL.....	147	fosinopril sodium.....	164
FIASP PUMPCART.....	147	fosinopril- hydrochlorothiazide.....	178
fidaxomicin.....	42	FOTIVDA.....	88
FINACEA.....	198	FRUZAQLA.....	88
finasteride.....	225	FULPHILA.....	158
fingolimod.....	196	furosemide.....	182
FINTEPLA.....	47	FUZEON.....	127
FIRAZYR.....	253	fyavolv.....	236
FIRMAGON.....	250	FYCOMPA.....	47
flac otic oil.....	281	G	
flecainide acetate.....	166	gabapentin.....	50,51
fluconazole.....	72	galantamine er.....	58
fluconazole-nacl.....	72	galantamine hbr.....	58
flucytosine.....	72	galantamine hydrobromide.....	58
fludrocortisone acetate.....	226	galbriela.....	236
flunisolide.....	283	gallifrey.....	244
fluocinolone acetonide.....	201,202	GAMMAGARD LIQUID.....	254
fluocinolone acetonide oil.....	281	GAMMAGARD LIQUID ERC.....	254
fluocinonide.....	202	GAMMAGARD S-D.....	254
fluocinonide-e.....	202	GAMMAPLEX.....	254
fluorometholone.....	278		
fluorouracil.....	204		
fluoxetine dr.....	64		

GAMUNEX-C.....	254	GOLYTELY.....	215
GARDASIL 9.....	265	GOMEKLI.....	89
gatifloxacin.....	276	granisetron hcl.....	70
gauze pad.....	137	GRANIX.....	158
GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2 X 2	137	griseofulvin.....	72
gavilyte-c.....	215	griseofulvin ultramicrosize.....	72
gavilyte-g.....	215	guanfacine hcl.....	161
gavilyte-n.....	215	guanfacine hcl er.....	192
GAVRETO.....	89	GVOKE.....	144
gefitinib.....	89	GVOKE HYPOPEN 1- PACK.....	145
gemfibrozil.....	183	GVOKE HYPOPEN 2- PACK.....	145
gemmily.....	236	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	145
GEMTESA.....	223	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE.....	145
generlac.....	213		
gengraf.....	261		
gentamicin sulfate.....	31,206,276		
gentamicin sulfate in ns.....	31		
GENVOYA.....	122	H	
GEODON.....	112	HADLIMA.....	261
GILENYA.....	196	HADLIMA PUSH TOUCH.....	261
GILOTRIF.....	89	HADLIMA(CF).....	262
glatiramer acetate.....	196	HADLIMA(CF) PUSH TOUCH.....	262
glatopa.....	196	HAEGARDA.....	253
GLEEVEC.....	89	hailey.....	236
GLEOSTINE.....	78	hailey 24 fe.....	236
glimepiride.....	137,138	hailey fe.....	236
glipizide.....	138	HALDOL DECANOATE 100.....	108
glipizide er.....	138	halobetasol propionate.....	202
glipizide xl.....	138	haloette.....	236
glipizide-metformin.....	138	haloperidol.....	108
GLUCAGON EMERGENCY KIT.....	144	haloperidol decanoate.....	109
glucose 5%-0.9% nacl.....	207	haloperidol decanoate 100.....	109
glucose in water.....	212	haloperidol lactate.....	109
GLUCOTROL XL.....	139	HAVRIX.....	265
glyburide.....	139	heather.....	244
glyburide micronized.....	139	HEMADY.....	227
glyburide-metformin hcl.....	139	heparin sodium.....	155
glycopyrrolate.....	214	HEPLISAV-B.....	266
GLYXAMBI.....	139		

HERNEXEOS.....	89	hydroxyzine hcl.....	135
HETLIOZ.....	294	hydroxyzine pamoate.....	135
HIBERIX.....	266	HYRNUO.....	89
hidex.....	227	HYZAAR.....	178
HUMALOG.....	147	I	
HUMALOG JUNIOR		ibandronate sodium.....	272
KWIKPEN.....	147	IBRANCE.....	89
HUMALOG KWIKPEN U-		IBTROZI.....	90
100.....	148	ibu.....	20
HUMALOG KWIKPEN U-		ibuprofen.....	20,21
200.....	148	icatibant.....	253
HUMALOG MIX 50-50		iclevia.....	236
KWIKPEN.....	148	ICLUSIG.....	90
HUMALOG MIX 75-25.....	148	icosapent ethyl.....	186
HUMALOG MIX 75-25		IDHIFA.....	90
KWIKPEN.....	148	IDVYNZO.....	128
HUMALOG TEMPO PEN U-		ILEVRO.....	278
100.....	148	imatinib mesylate.....	90
HUMATIN.....	31	IMBRUVICA.....	90
HUMULIN 70-30.....	148	imipenem-cilastatin sodium.....	40
HUMULIN 70/30		imipramine hcl.....	68
KWIKPEN.....	148	imiquimod.....	204
HUMULIN N.....	148	IMITREX.....	75,76
HUMULIN N KWIKPEN.....	148	IMKELDI.....	90
HUMULIN R.....	148	IMOVAX RABIES	
HUMULIN R U-500.....	148	VACCINE.....	266
HUMULIN R U-500		IMPAVIDO.....	33
KWIKPEN.....	148	IMURAN.....	262
hydralazine hcl.....	188	INBRIJA.....	107
HYDREA.....	82	incassia.....	244
hydrochlorothiazide.....	183	INCRELEX.....	228
hydrocodone bitartrate er.....	23	INCRUSE ELLIPTA.....	285
hydrocodone-acetaminophen.....	25	indapamide.....	183
hydrocodone-ibuprofen.....	25	INDERAL LA.....	168
hydrocortisone.....	202,227,271	INDERAL XL.....	168
hydrocortisone butyrate.....	203	indomethacin.....	21
hydrocortisone valerate.....	203	indomethacin er.....	21
hydrocortisone-acetic acid.....	281	INFANRIX DTAP.....	266
hydromorphone hcl.....	25,26	INGREZZA.....	194
hydroxychloroquine sulfate.....	103		
hydroxyurea.....	82		

INGREZZA INITIATION		
PK(TARDIV)	194	
INGREZZA SPRINKLE	194	
INLURIYO	81	
INLYTA	91	
INNOPRAN XL	168	
INQOVI	82	
INREBIC	91	
INSPIRA	187	
INSULIN ASPART	149	
INSULIN ASPART		
FLEXPEN	149	
INSULIN ASPART		
PENFILL	149	
INSULIN PEN NEEDLE	149	
insulin syringe	149	
INSULIN SYRINGE (DISP)		
U-100 0.3 ML	149	
INSULIN SYRINGE (DISP)		
U-100 1 ML	149	
INSULIN SYRINGE (DISP)		
U-100 1/2 ML	149	
insupen pen needle	149	
INTELENCE	123	
INTRALIPID	212	
introvale	236	
INVEGA	113	
INVEGA HAFYERA	113	
INVEGA SUSTENNA	113	
INVEGA TRINZA	113,114	
INVELTYS	278	
IPOL	266	
ipratropium bromide	285	
ipratropium-albuterol	293	
irbesartan	163	
irbesartan-		
hydrochlorothiazide	178	
IRESSA	91	
ISENTRESS	122	
ISENTRESS HD	122	
isibloom	236	
isoniazid		78
ISOPROPYL ALCOHOL 0.7		
ML/ML MEDICATED		
PAD		140
ISORDIL TITRADOSE		188
isosorbide dinitrate		188
isosorbide mononitrate		188
isosorbide mononitrate er		188
isotretinoin		198
isradipine		170
ISTALOL		279
ITOVEBI		91
itraconazole		72
ivabradine hcl		178
ivermectin		103,205
IWILFIN		82
IXIARO		266
J		
JADENU		210
JADENU SPRINKLE		210
jaimiess		236
JAKAFI		91
jantoven		155
JANUMET		140
JANUMET XR		140
JANUVIA		140
JARDIANCE		140
jasmiel		236
JAYPIRCA		91
jencycla		244
JENTADUETO		140
JENTADUETO XR		140
jinteli		236
jolessa		237
JUBBONTI		272
juleber		237
JULUCA		122
junel		237
junel fe		237
junel fe 24		237

JUXTAPID	186
JYNARQUE	211
JYNNEOS	266
JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE)	266

K

kaitlib fe	237
KALETRA	128
kalliga	237
KALYDECO	287
kariva	237
kcl-d5w-0.2% nacl	207
kcl-d5w-0.225% nacl	207
kcl-d5w-0.45% nacl	207
kelnor 1-35	237
kelnor 1-50	237
KEPPRA	47
KERENDIA	188
KESIMPTA PEN	196
ketoconazole	72
ketorolac tromethamine	21,278
KINRIX	266
kionex	212
KISQALI	91,92
KISQALI FEMARA CO-PACK	82
KLARON	199
klayesta	72
KLOR-CON 10	207
KLOR-CON 8	208
klor-con m10	208
KLOR-CON M15	208
klor-con m20	208
KLOXXADO	29
KOMZIFTI	92
KORLYM	250
KOSELUGO	92
kourzeq	197
KRAZATI	92
kurvelo	237

KUVAN	220
-------	-----

L

l-glutamine	220
labetalol hcl	168
lacosamide	55
lactulose	213
LAMICTAL	47
LAMICTAL (BLUE)	48
lamivudine	125,131
lamivudine hbv	131
lamivudine-zidovudine	125
lamotrigine	48
lamotrigine (blue)	48
lamotrigine er	48
LAMPIT	104
LANOXIN	178
lansoprazole	217
LANTUS	149
LANTUS SOLOSTAR	149
lapatinib	92
larin	237
larin 24 fe	237
larin fe	237
LASIX	182
latanoprost	281
LATUDA	114
LAYOLIS FE	237
LAZCLUZE	92
leena	238
leflunomide	262
lenalidomide	80
LENVIMA	92,93
lessina	238
LETAIRIS	289
letrozole	84
leucovorin calcium	83
LEUKERAN	79
LEUKINE	158
leuprolide acetate	250
leuprolide depot	250

levalbuterol tartrate hfa.....	286	lisinopril-	
levetiracetam.....	48	hydrochlorothiazide.....	179
levetiracetam er.....	48	lithium carbonate.....	136
LEVO-T.....	246	lithium carbonate er.....	136
levobunolol hcl.....	279	lithium citrate.....	136
levocarnitine.....	220	LITHOBID.....	136
levocetirizine		LIVTENCITY.....	130
dihydrochloride.....	284	lo-zumandimine.....	238
levofloxacin.....	43	LOESTRIN.....	238
levofloxacin-d5w.....	43	LOESTRIN FE.....	238
levonest.....	238	lojaimiess.....	238
levonorg-eth estrad eth		LOKELMA.....	212
estrad.....	238	lomustine.....	79
levonorgestrel-eth estradiol	238	LONSURF.....	83
levora-28.....	238	loperamide.....	214
levorphanol tartrate.....	23	LOPID.....	183
levothyroxine sodium.....	247	lopinavir-ritonavir.....	128
LEVOXYL.....	247	LOPRESSOR.....	168
LEXAPRO.....	64	lorazepam.....	135
LIALDA.....	269	lorazepam intensol.....	136
lidocaine.....	27	LORBRENA.....	93
lidocaine hcl.....	27	loryna.....	238
lidocaine hcl laryngotracheal		losartan potassium.....	163
4% solution.....	27	losartan-	
lidocaine hcl viscous.....	28	hydrochlorothiazide.....	179
lidocaine-prilocaine.....	28	LOTENSIN.....	164
lidocan iii.....	28	LOTRONEX.....	214
lidocan iv.....	28	lovastatin.....	184
lidocan v.....	28	LOVENOX.....	156
LIFYORLI.....	251	low-ogestrel.....	238
LILETTA.....	225	loxapine.....	109
linezolid.....	33	lubiprostone.....	213
linezolid-0.9% nacl.....	34	luizza.....	239
linezolid-d5w.....	34	LUMAKRAS.....	93
LINZESS.....	213	LUMIGAN.....	281
liomny.....	247	LUMRYZ.....	295
liothyronine sodium.....	247	LUMRYZ STARTER	
LIPITOR.....	184	PACK.....	295
lisdexamfetamine		LUPRON DEPOT.....	251
dimesylate.....	191	LUPRON DEPOT	
lisinopril.....	164	(LUPANETA).....	251

LUPRON DEPOT-PED	251	MEKTOVI	94
lurasidone hcl	114	meleya	245
lurbipr	21	meloxicam	21
lutra	239	memantine hcl	59
LYBALVI	114	memantine hcl er	59
lyleq	244	MENEST	232
lyllana	232	MENQUADFI	266
LYNPARZA	93	MENVEO A-C-Y-W-135-	
LYRICA	51	DIP	266
LYSODREN	83	mercaptopurine	82
LYTGOBI	93	meropenem	40
LYUMJEV	150	meropenem-0.9% nacl	40
LYUMJEV KWIKPEN U-		merzee	239
100	150	mesalamine	269,270
LYUMJEV KWIKPEN U-		mesalamine dr	270
200	150	mesalamine er	270
LYUMJEV TEMPO PEN U-		mesna	102
100	150	MESNEX	102
lyza	244	MESTINON	77
M		metformin hcl	141
M-M-R II VACCINE	266	metformin hcl er	141
magnesium sulfate	208	methadone hcl	23
MALARONE	104	methazolamide	179
malathion	205	methenamine hippurate	34
maraviroc	127	methimazole	253
marlissa	239	methocarbamol	294
MARPLAN	61	methotrexate	262
MATULANE	79	methotrexate sodium	262
matzim la	173	methoxsalen	204
MAVYRET	131	methscopolamine bromide	215
MAXALT	76	methsuximide	50
MAXALT MLT	76	methylphenidate er	192
MAXITROL	274	methylphenidate hcl	193
meclizine hcl	69	methylprednisolone	227
MEDROL	227	methyltestosterone	229
medroxyprogesterone		metoclopramide hcl	215
acetate	244	metolazone	183
mefloquine hcl	104	metoprolol succinate	168
megestrol acetate	245	metoprolol tartrate	169
MEKINIST	93,94	metoprolol-	
		hydrochlorothiazide	179

METRO IV.....	34	MYHIBBIN.....	262
METROCREAM.....	206	MYRBETRIQ.....	223
METROGEL.....	206	MYSOLINE.....	51
metronidazole.....	34,206	N	
metyrosine.....	179	nabumetone.....	21
mexiletine hcl.....	166	nadolol.....	169
micafungin.....	72	nafcillin.....	39
MICARDIS HCT.....	179	nafcillin sodium.....	39
microgestin.....	239	naloxone hcl.....	30
microgestin fe.....	239	naltrexone hcl.....	29
midodrine hcl.....	161	nano 2nd gen pen needle.....	150
MIEBO.....	275	nano pen needle.....	150
mifepristone.....	251	naproxen.....	21,22
miglustat.....	220	naproxen sodium.....	22
mili.....	239	naratriptan hcl.....	76
mimvey.....	239	NARCAN.....	30
minocycline hcl.....	45	NARDIL.....	61
minoxidil.....	188	NATACYN.....	276
mirtazapine.....	60	nateglinide.....	141
misoprostol.....	217	NAYZILAM.....	51
modafinil.....	296	nebivolol hcl.....	169
MODEYSO.....	94	NEBUPENT.....	104
moexipril hcl.....	165	necon.....	239
molindone hcl.....	109	NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY.....	150
mometasone furoate.....	203,283	nefazodone hcl.....	65
mondoxylene nl.....	45	neo-polycin.....	276
mono-lynyah.....	239	neo-polycin hc.....	275
montelukast sodium.....	284	neomycin sulfate.....	31
morphine sulfate.....	26	neomycin-bacitracin-poly- hc.....	275
morphine sulfate er.....	23	neomycin-bacitracin- polymyxin.....	276
MOUNJARO.....	141	neomycin-polymyxin- dexameth.....	275
MOVANTIK.....	213	neomycin-polymyxin- gramicidin.....	276
MOVIPREP.....	215	neomycin-polymyxin-hc.....	282
moxifloxacin.....	43,276	neomycin-polymyxin- hydrocort.....	282
moxifloxacin hcl.....	43		
MRESVIA.....	267		
MULTAQ.....	166		
mupirocin.....	206		
mycophenolate mofetil.....	262		
mycophenolic acid.....	262		
MYFORTIC.....	262		

NEORAL	263	norethindron-ethinyl	
NERLYNX	94	estradiol	240
neuac	199	norethindrone	245
NEUPRO	106	norethindrone ac (lupaneta)	245
NEURONTIN	51,52	norethindrone acetate	245
nevirapine	123	norethindrone-e.estradiol-	
nevirapine er	123	iron	240
NEXAVAR	94	norgestimate-ethinyl	
NEXIUM	218	estradiol	240
NEXLETOL	186	NORPRAMIN	68
NEXLIZET	186	NORTHERA	161
NEXPLANON	225	nortrel	240
niacin er	186	nortriptyline hcl	68
nicardipine hcl	170	NORVASC	171
NICOTROL	30	NORVIR	129
NICOTROL NS	30	NOVOLIN 70-30	150
nifedipine	170	NOVOLIN 70-30	
nifedipine er	170	FLEXPEN	150
nikki	239	NOVOLIN N	150
NILANDRON	80	NOVOLIN N FLEXPEN	150
nilotinib hcl	94	NOVOLIN R	151
nilutamide	80	NOVOLIN R FLEXPEN	151
nimodipine	170	NOVOLOG	151
NINLARO	94	NOVOLOG FLEXPEN	151
nintedanib esylate	291	NOVOLOG MIX 70-30	151
nisoldipine	170	NOVOLOG MIX 70-30	
nitazoxanide	104	FLEXPEN	151
nitisinone	220	NOVOLOG PENFILL	151
NITRO-BID	189	NOXAFIL	73
nitrofurantoin	34	NUBEQA	80
nitrofurantoin mono-macro	34	NUEDEXTA	194
nitroglycerin	189	NUPLAZID	114
nitroglycerin patch	189	NURTEC ODT	75
NITROLINGUAL	189	NUTRILIPID	212
NITROSTAT	189	NUVARING	240
NIVESTYM	158	NUVIGIL	296
nizatidine	217	nyamyc	73
NORA-BE	245	nylia	240
norelgestromin-eth estradiol	239	nystatin	73
norethin-eth estra-ferrous		nystatin-triamcinolone	204
fum	239	nystop	73

O

ocella	240
octreotide acetate	252
octreotide acetate er	252
OCUFLOX	276
ODEFSEY	125
ODOMZO	94
OFEV	291
ofloxacin	43,276,282
OGSIVEO	94
OJEMDA	95
OJJAARA	95
olanzapine	114,115
olanzapine odt	115
olmesartan medoxomil	163,164
olmesartan-amlodipine-hctz	179
olmesartan-hydrochlorothiazide	179
olopatadine hcl	284
omega-3 acid ethyl esters	186
omeprazole	218
omnipod 5 (g6/libre 2 plus)	151
omnipod 5 dexg7g6 intro(gen 5)	152
omnipod 5 dexg7g6 pods (gen 5)	152
omnipod 5 intro(g6/libre2plus)	152
omnipod classic pods (gen 3)	152
omnipod dash intro kit (gen 4)	152
omnipod dash pdm kit (gen 4)	152
omnipod dash pods (gen 4)	152
omnipod go pods	152
OMNITROPE	228
ondansetron hcl	70
ondansetron odt	71
ONFI	52

ONUREG	83
OPIPZA	115
OPVEE	30
ORACEA	199
oralone	197
ORENCIA	256
ORENCIA CLICKJECT	256
ORENITRAM ER	290
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	290
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	290
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	290
ORFADIN	221
ORGOVYX	83
ORKAMBI	287
orquidea	245
ORSERDU	81
oseltamivir phosphate	131
OSENVELT	272
OTEZLA	204,205
OTEZLA XR	205
OVIDE	205
oxaprozin	22
oxazepam	136
oxcarbazepine	56
oxybutynin chloride	223
oxybutynin chloride er	224
oxycodone hcl	26
oxycodone-acetaminophen	26
OZEMPIC	141,142
P	
PACERONE	166
paliperidone er	115
PALYNZIQ	221
PANRETIN	102
pantoprazole sodium	218
paricalcitol	272
PARNATE	62

paroxetine cr.....	65	phenytoin.....	56
paroxetine er.....	65	phenytoin sodium extended.....	56
paroxetine hcl.....	65	philitih.....	241
PAXIL.....	65	PIFELTRO.....	123
PAXLOVID.....	133	pilocarpine hcl.....	197,280
PAXLOVID (EUA).....	133	pimecrolimus.....	203
pazopanib hcl.....	95	pimozide.....	109
PEDIARIX.....	267	pimtrea.....	241
PEDVAXHIB.....	267	pindolol.....	169
peg 3350-electrolyte.....	215	pioglitazone hcl.....	142
peg-3350 and electrolytes.....	215	pioglitazone-glimepiride.....	142
peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb- c.....	215	pioglitazone-metformin.....	142
PEGASYS.....	260	piperacillin-tazobactam.....	40
PEMAZYRE.....	95	PIQRAY.....	95
pen needle.....	152	pirfenidone.....	291
PENBRAYA.....	267	piroxicam.....	22
penicillamine.....	226	PLAQUENIL.....	104
penicillin g potassium.....	39	PLAVIX.....	160
penicillin g sodium.....	39	PLEGRIDY.....	196
penicillin gk-iso-osm dextrose.....	39	PLEGRIDY PEN.....	196
penicillin v potassium.....	39	podofilox.....	205
PENMENVY MEN A-B-C-W- Y.....	267	polycin.....	277
PENTACEL.....	267	polymyxin b sul- trimethoprim.....	277
PENTAM 300.....	104	pomalidomide.....	80
pentamidine isethionate.....	104	POMALYST.....	80
PENTASA.....	270	portia.....	241
pentoxifylline.....	180	posaconazole.....	73
perampanel.....	48	potassium chloride.....	208
perindopril erbumine.....	165	potassium chloride in d5lr.....	209
periogard.....	197	potassium chloride proamp.....	209
permethrin.....	205	potassium chloride-0.45% nacl.....	209
perphenazine.....	69	potassium chloride-dextrose 5%.....	209
PERSERIS.....	115	potassium citrate er.....	209
pfizerpen.....	39	pramipexole dihydrochloride.....	106
phenelzine sulfate.....	62	prasugrel hcl.....	160
phenobarbital.....	52	pravastatin sodium.....	184,185
phenoxybenzamine hcl.....	161	praziquantel.....	103
PHENYTEK.....	56		

prazosin hcl.....	162	promethazine hcl.....	70
PRED FORTE.....	278	promethegan.....	70
PRED MILD.....	279	propafenone hcl.....	166
prednisolone.....	227	propafenone hcl er.....	166
prednisolone acetate.....	279	propranolol hcl.....	169
prednisolone sodium		propranolol hcl er.....	169
phosphate.....	227,279	propylthiouracil.....	253
prednisone.....	227	PROQUAD.....	267
pregabalin.....	52,53	PROSCAR.....	225
PRÉGNYL.....	228	PROTONIX.....	218
PREMARIN.....	232	protriptyline hcl.....	69
PREMPHASE.....	241	PROVERA.....	245
PREMPRO.....	241	PROZAC.....	66
PRETOMANID.....	78	PRUDOXIN.....	203
PREVACID.....	218	PULMOZYME.....	288
prevalite.....	186	PURIXAN.....	82
PREVYMIS.....	130	PYLERA.....	216
PREZCOBIX.....	129	pyrazinamide.....	78
PREZISTA.....	129	pyridostigmine bromide.....	77
PRIFTIN.....	78	pyridostigmine bromide er.....	77
primaquine.....	104	pyrimethamine.....	104
primidone.....	53	PYRUKYND.....	221
PRIORIX.....	267	PYZCHIVA.....	256,257
PRISTIQ.....	65	Q	
PROAIR RESPICLICK.....	286	QINLOCK.....	95
probenecid.....	74	QUADRACEL DTAP-IPV.....	267
probenecid-colchicine.....	74	quetiapine fumarate.....	115,116
PROCARDIA XL.....	171	quetiapine fumarate er.....	116
prochlorperazine.....	69	quinapril hcl.....	165
prochlorperazine maleate.....	69	quinapril-	
PROCRIT.....	158	hydrochlorothiazide.....	180
procto-med hc.....	271	quinidine gluconate.....	167
proctosol-hc.....	271	quinidine sulfate.....	167
proctozone-hc.....	271	quinine sulfate.....	104
progesterone.....	245	QVAR REDIHALER.....	283
PROGLYCEM.....	145	R	
PROGRAF.....	263	RABAVERT.....	267
PROLASTIN C.....	221	rabeprazole sodium.....	218
PROLENSA.....	279	RALDESY.....	66
PROLIA.....	272		
PROMACTA.....	159		

raloxifene hcl.....	246	risperidone.....	117
ramelteon.....	294	risperidone er.....	117
ramipril.....	165	risperidone odt.....	117
ranolazine er.....	180	RITALIN.....	193
RAPAFLO.....	225	ritonavir.....	129
rasagiline mesylate.....	108	rivaroxaban.....	156
reclipsen.....	241	rivastigmine.....	59
RECOMBIVAX HB.....	267	rizatriptan.....	76
RECTIV.....	189	ROCALTROL.....	273
REGLAN.....	216	ROCKLATAN.....	280
RELENZA.....	131	roflumilast.....	288
RELISTOR.....	213,214	ROMVIMZA.....	96
REMERON.....	60,61	ropinirole er.....	106
repaglinide.....	142	ropinirole hcl.....	106
REPATHA SURECLICK.....	187	rosuvastatin calcium.....	185
REPATHA SYRINGE.....	187	ROTARIX.....	267
RESTASIS.....	275	ROTATEQ.....	268
RETACRIT.....	159	ROWASA.....	270
RETEVMO.....	96	roweepra.....	49
RETIN-A.....	199	ROXICODONE.....	27
RETROVIR.....	125	ROZEREM.....	294
REVCovi.....	221	ROZLYTREK.....	96,97
REVUFORJ.....	96	RUBRACA.....	97
REXTOVY.....	30	rufinamide.....	56
REXULTI.....	116	RUKOBIA.....	127
REYATAZ.....	129	RYBELSUS.....	142
REZDIFFRA.....	221	RYDAPT.....	97
REZLIDHIA.....	96	RYTARY.....	107
RHOPRESSA.....	280	S	
ribavirin.....	131	SABRIL.....	53
RIDAURA.....	257	sacubitril-valsartan.....	180
rifabutin.....	77	sajazir.....	253
rifampin.....	78	SALAGEN.....	197
rilpivirine.....	124	SAMSCA.....	211
riluzole.....	194	SANDIMMUNE.....	263
RINVOQ.....	257	SANDOSTATIN LAR	
RINVOQ LQ.....	257	DEPOT.....	252
risedronate sodium.....	272,273	SANTYL.....	205
risedronate sodium dr.....	273	SAPHRIS.....	117
RISPERDAL.....	116	sapropterin dihydrochloride.....	222
RISPERDAL CONSTA.....	116		

saxagliptin hcl.....	142	SKYRIZI ON-BODY.....	257
saxagliptin-metformin		SKYRIZI PEN.....	257
er.....	142,143	sod sulf-potass sulf-mag sulf	216
SCSEMBLIX.....	97	sodium chloride.....	209
scopolamine.....	70	sodium chloride-water.....	210
SECUADO.....	117	sodium oxybate.....	296
selegiline hcl.....	108	sodium phenylbutyrate.....	222
selenium sulfide.....	203	sodium polystyrene	
SELZENTRY.....	127	sulfonate.....	212
SENSIPAR.....	273	solifenacin succinate.....	224
SEREVENT DISKUS.....	286	SOLQUA 100-33.....	143
SEROQUEL.....	117,118	SOLTAMOX.....	81
SEROQUEL XR.....	118	SOMATULINE DEPOT.....	252
sertraline hcl.....	66	SOMAVERT.....	252
setlakin.....	241	SOOLANTRA.....	205
SFROWASA.....	270	sorafenib.....	97
sharobel.....	245	sotalol.....	167
SHINGRIX.....	268	sotalol af.....	167
SIGNIFOR.....	252	SPIRIVA HANDIHALER.....	285
SIGNIFOR LAR.....	252	SPIRIVA RESPIMAT.....	285
sildenafil citrate.....	290	spironolactone.....	188
SILENOR.....	295	spironolactone-hctz.....	180
silodosin.....	225	SPORANOX.....	73
SILVADENE.....	205	sprintec.....	241
silver sulfadiazine.....	205	SPRITAM.....	49
SIMBRINZA.....	280	SPRYCEL.....	97
SIMLANDI(CF).....	263	SPS.....	212
SIMLANDI(CF)		sronyx.....	241
AUTOINJECTOR.....	263	SSD.....	205
simliya.....	241	STAMARIL.....	268
simpesse.....	241	STELARA.....	258
simvastatin.....	185	STEQEYMA.....	258
SINEMET.....	107	sterile pads.....	143
SINEMET 10-100.....	107	STIOLTO RESPIMAT.....	293
SINEMET 25-100.....	107	STIVARGA.....	97
SINGULAIR.....	284	STOBOCLO.....	273
sirolimus.....	263	STRATTERA.....	193
SIR TURO.....	78	STRENSIQ.....	222
SIVEXTRO.....	34	streptomycin sulfate.....	31
SKYLA.....	225	STRIBILD.....	122
SKYRIZI.....	257	STROMECTOL.....	103

SUBOXONE.....	29	TAMIFLU.....	132
subvenite.....	49	tamoxifen citrate.....	81
subvenite (blue).....	49	tamsulosin hcl.....	225
sucralfate.....	217	taperdex.....	228
SULAR.....	171	TARGRETIN.....	102
sulfacetamide sodium.....	199,277	tarina 24 fe.....	241
sulfacetamide-prednisolone.....	275	tarina fe.....	241
sulfadiazine.....	44	tarina fe 1-20 eq.....	241
sulfamethoxazole- trimethoprim.....	44	TASIGNA.....	99
sulfasalazine.....	270	tasimelton.....	295
sulfasalazine dr.....	270	TASMAR.....	105
sulindac.....	22	taysofy.....	242
sumatriptan.....	76	tazarotene.....	199
sumatriptan succinate.....	76	tazicef.....	37
sunitinib malate.....	98	TAZORAC.....	199
SUNLENCA.....	127	taztia xt.....	173
SUPREP.....	216	TAZVERIK.....	99
SUTAB.....	216	TECFIDERA.....	196
SUTENT.....	98	TEFLARO.....	37
syeda.....	241	TEGRETOL.....	56
SYMFI.....	124	TEGRETOL XR.....	56
SYMLINPEN 120.....	143	TEKTURNA.....	180
SYMLINPEN 60.....	143	telmisartan.....	164
SYMPAZAN.....	53	telmisartan-amlodipine.....	180
SYMTUZA.....	130	telmisartan- hydrochlorothiazid.....	180
SYNAREL.....	252	temazepam.....	295
SYNJARDY.....	143	tencon.....	18
SYNJARDY XR.....	143	TENIVAC.....	268
SYNTHROID.....	248	tenofovir disoproxil fumarate.....	125
SYPRINE.....	211	TENORETIC 100.....	181
T		TENORETIC 50.....	181
TABLOID.....	82	TENORMIN.....	169
TABRECTA.....	98	TEPMETKO.....	99
tacrolimus.....	203,264	terazosin hcl.....	162
tacrolimus xl.....	264	terbinafine hcl.....	73
tadalafil.....	225,290	terbutaline sulfate.....	287
TAFINLAR.....	98	terconazole.....	73
TAGRISSE.....	98	TERIPARATIDE.....	273
TALZENNA.....	99	testosterone.....	229

testosterone cypionate.....	230	torseamide.....	182
testosterone enanthate.....	230	TOUJEO MAX	
tetrabenazine.....	194,195	SOLOSTAR.....	152
tetracycline hcl.....	45	TOUJEO SOLOSTAR.....	153
THALOMID.....	81	TOVIAZ.....	224
THEO-24.....	288	TRACLEER.....	290
theophylline anhydrous.....	289	TRADJENTA.....	143
theophylline er.....	289	tramadol hcl.....	27
thioridazine hcl.....	109	tramadol hcl er.....	24
thiothixene.....	109	tramadol hcl-acetaminophen.....	27
THYMOGLOBULIN.....	255	trandolapril.....	165
tiadylt er.....	173	trandolapril-verapamil er.....	181
tiagabine hcl.....	53	tranexamic acid.....	159
TIAZAC.....	173	tranylcypramine sulfate.....	62
TIBSOVO.....	99	TRAVASOL.....	212
ticagrelor.....	160	TRAVATAN Z.....	281
TICOVAC.....	268	travoprost.....	281
tigecycline.....	34	trazodone hcl.....	66
TIKOSYN.....	167	TRELEGY ELLIPTA.....	293
tilia fe.....	242	TRELSTAR.....	253
timolol maleate.....	169,279	TREMFYA.....	258
TIMOPTIC OCUDOSE.....	280	TREMFYA ONE-PRESS.....	258
tinidazole.....	34	TREMFYA PEN.....	258
tiotropium bromide.....	285	TREMFYA PEN	
TIROSINT.....	248	INDUCTION (2 PEN).....	259
TIROSINT-SOL.....	249	tretinoin.....	102,199
TIVICAY.....	122	tri-estarylla.....	242
TIVICAY PD.....	122	tri-legest fe.....	242
tizanidine hcl.....	121	tri-lynyah.....	242
TOBRADEX.....	275	tri-lo-estarylla.....	242
tobramycin.....	277,288	tri-lo-marzia.....	242
tobramycin sulfate.....	31	tri-lo-mili.....	242
tobramycin-dexamethasone.....	275	tri-lo-sprintec.....	242
tolcapone.....	105	tri-mili.....	242
tolterodine tartrate.....	224	tri-nymyo.....	242
tolterodine tartrate er.....	224	tri-sprintec.....	242
tolvaptan.....	211	tri-vylibra.....	242
topiramate.....	49	tri-vylibra lo.....	242
TOPROL XL.....	170	triamcinolone acetonide.....	197,203
toremifene citrate.....	81	triamterene-	
torpenz.....	99	hydrochlorothiazid.....	182

TRIBENZOR.....	181	UDENYCA	
triderm.....	204	AUTOINJECTOR.....	159
trientine hcl.....	211	UDENYCA ONBODY.....	159
trifluoperazine hcl.....	110	ultra-fine insulin syringe.....	153
trifluridine.....	277	ultra-fine pen needle.....	153
trihexyphenidyl hcl.....	105	unifine otc pen needle.....	153
TRIKAFTA.....	288	unifine pentips.....	153
triklo.....	187	unifine pentips plus.....	153
TRILEPTAL.....	56	UNITHROID.....	249
trimethoprim.....	34	ursodiol.....	216
trimipramine maleate.....	69	USTEKINUMAB-AEKN.....	259
TRINTELLIX.....	66	UZEDY.....	118
TRIUMEQ.....	126	V	
TRIUMEQ PD.....	126	VAGIFEM.....	232
trivora-28.....	242	valacyclovir.....	133
TROPHAMINE.....	212	VALCHLOR.....	79
tropium chloride.....	224	VALCYTE.....	130
tropium chloride er.....	224	valganciclovir hcl.....	130
true comfort safety pen needle.....	153	valproic acid.....	49
TRULICITY.....	143	valsartan.....	164
TRUMENBA.....	268	valsartan- hydrochlorothiazide.....	181
TRUQAP.....	100	VALTOCO.....	53
TRUVADA.....	126	VALTREX.....	133
TUKYSA.....	100	valtya.....	242
TURALIO.....	100	vancomycin hcl.....	35
turqoz.....	242	VANFLYTA.....	100
TWINRIX.....	268	VAQTA.....	268
TYBOST.....	127	varenicline tartrate.....	30
tydemy.....	242	VARIVAX VACCINE.....	268
TYENNE.....	259	VASCEPA.....	187
TYENNE AUTOINJECTOR.....	259	VASERETIC.....	181
TYGACIL.....	35	VASOTEC.....	165
TYKERB.....	100	VAXCHORA VACCINE.....	269
TYMLOS.....	273	velivet.....	243
TYPHIM VI.....	268	VENCLEXTA.....	100
U		VENCLEXTA STARTING PACK.....	100
UDENYCA.....	159	venlafaxine besylate er.....	66
		venlafaxine hcl.....	66

venlafaxine hcl er.....	67	VRAYLAR.....	119
VENTAVIS.....	290	VUMERITY.....	197
VENTOLIN HFA.....	287	vyfemla.....	243
VEOZAH.....	195	vylibra.....	243
verapamil er.....	173	VYTORIN.....	187
verapamil er pm.....	174	VYVANSE.....	191
verapamil hcl.....	174	W	
verapamil sr.....	174	warfarin sodium.....	156
VERELAN PM.....	174	WELIREG.....	222
VERQUVO.....	189	WELLBUTRIN SR.....	61
VERSACLOZ.....	121	WELLBUTRIN XL.....	61
VERZENIO.....	100	wera.....	243
vestura.....	243	WINREVAIR.....	291
VFEND IV.....	74	WINREVAIR (2 PACK).....	291
VIBERZI.....	214	wixela inhub.....	293
vienva.....	243	wymzya fe.....	243
vigabatrin.....	53	WYOST.....	273
vigadrone.....	54	X	
VIGAFYDE.....	54	XALKORI.....	101
VIGAMOX.....	277	xarah fe.....	243
vigpoder.....	54	XARELTO.....	156,157
VIIBRYD.....	67	XATMEP.....	264
vilazodone hcl.....	67	XCOPRI.....	57
VIMKUNYA.....	269	XDEMVI.....	275
VIMPAT.....	57	xelria fe.....	243
viorele.....	243	XENAZINE.....	195
VIRACEPT.....	130	XERMELO.....	214
VIREAD.....	126	XGEVA.....	274
VITRAKVI.....	101	XHANCE.....	283
VIVITROL.....	29	XIFAXAN.....	216
VIVOTIF.....	269	XIGDUO XR.....	144
VIZIMPRO.....	101	XIIDRA.....	275
volnea.....	243	XOFLUZA.....	132
VONJO.....	101	XOLAIR.....	259
VORANIGO.....	101	XOPENEX HFA.....	287
voriconazole.....	74	XOSPATA.....	102
voriconazole (hpbcd).....	74	XPOVIO.....	83,84
VOSEVI.....	131	XPOVIO 40 MG ONCE	
VOTRIENT.....	101	WEEKLY.....	83
VOWST.....	216		
VPRIV.....	222		

Xpovio 80 mg once weekly 16 pack.....	84
XTANDI.....	80
xulane.....	243
xyvona.....	24

Y

yargesa.....	222
YASMIN 28.....	243
YAZ.....	243
YF-VAX.....	269
yuvafem.....	232

Z

zafemy.....	243
zafirlukast.....	284
zaleplon.....	295
ZARONTIN.....	50
ZEJULA.....	102
ZELBORAF.....	102
zelvysia.....	222
zenatane.....	199
ZENPEP.....	223
zenzedi.....	192
ZEPATIER.....	131
ZESTORETIC.....	181
ZESTRIL.....	165
ZETIA.....	187
ZIAGEN.....	126
zidovudine.....	126
ZIEXTENZO.....	159
ziprasidone hcl.....	119
ziprasidone mesylate.....	119
ZITHROMAX.....	42
ZITHROMAX TRI-PAK.....	42
ZOCOR.....	185
ZOKINVY.....	223
ZOLINZA.....	84
zolmitriptan odt.....	77
ZOLOFT.....	67
zolpidem tartrate.....	295

zolpidem tartrate er.....	295
ZONALON.....	204
ZONEGRAN.....	57
ZONISADE.....	57
zonisamide.....	57
ZORTRESS.....	264
ZOSYN.....	40
zovia 1-35.....	244
ZOVIRAX.....	133
ZTALMY.....	54
ZTLIDO.....	28
zumandimine.....	244
ZURZUVAE.....	61
ZYDELIG.....	102
ZYKADIA.....	102
ZYPREXA.....	119
ZYPREXA ZYDIS.....	119
ZYVOX.....	35



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 01/07/2026.

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.