Blue Shield 65 Plus (HMO)

Formulario de 2026

(Lista de medicamentos cubiertos o "Lista de medicamentos")

ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

N.º de identificación del formulario #26275

Este formulario se actualizó el 10/20/2026 . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield 65 Plus llamando al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m (hora del Pacífico), los siete días de la semana, o visite blueshieldca.com/medformulary2026.

A53840MAD-R-SP (10/26)
Y0118_25_386A2_C 08222025
10/20/2026

Aviso para los miembros actuales: Este formulario no es igual al del año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía incluye los medicamentos que usted toma.

Cuando en esta lista de medicamentos (formulario) se usan los términos "nosotros", "nos" o "nuestro(s)", se hace referencia a Blue Shield of California. Cuando se usan los términos "plan" o "nuestro plan", se hace referencia a Blue Shield 65 Plus.

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que es válida a partir del 10/20/2026 . Si necesita una lista de medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización de la lista de medicamentos (formulario), están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

Por lo general, debe usar farmacias de la red para obtener acceso al beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026 y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el formulario de Blue Shield 65 Plus?

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 nuestro plan y un equipo de proveedores de atención de la salud. Esta lista representa las terapias de medicamentos recetados que se consideran una parte necesaria de los programas de tratamiento de calidad. Por lo general, nuestro plan cubre los medicamentos que están en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, se obtenga en una farmacia de la red del plan y se respeten otras reglas del plan. Si necesita más información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, lea su Evidencia de Cobertura.

Para obtener una lista completa de todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan, visite nuestro sitio web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

¿El formulario puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se hacen el 1 de enero, pero puede que agreguemos o quitemos medicamentos del formulario durante el año, además de moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar restricciones nuevas. Debemos respetar las reglas de Medicare cuando se hacen estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican todos los meses en nuestro sitio web aquí: *blueshieldca.com/medformulary2026*.

Cambios que pueden afectarle este año: Durante el año, los cambios en la cobertura le afectarán en los siguientes casos:

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Es posible que quitemos de inmediato un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos por una versión nueva del

medicamento que esté en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y que tenga las mismas restricciones o menos. Al agregar una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero que lo movamos de inmediato a un nivel de costo compartido diferente o que agreguemos restricciones nuevas.

Podemos hacer estos cambios de inmediato solo si agregamos una versión genérica nueva de un medicamento de marca, o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original, que ya estaban en el formulario (por ejemplo, si agregamos un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin que sea necesaria una nueva receta).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le avisemos antes de hacer un cambio inmediato para el producto en cuestión, pero después le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.

Si hacemos un cambio así, usted o el profesional que le hace las recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento que cambió. Para obtener más información, consulte más adelante la sección llamada "¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield 65 Plus?".

Es posible que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Para obtener más información, consulte más adelante la sección llamada "¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?".

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) determina que se debe retirar por motivos de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y, después, avisarles a los miembros que toman el medicamento.

- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los miembros que están tomando medicamentos. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del formulario, cuando agregamos un equivalente genérico, o podemos eliminar un producto biológico original, cuando agregamos un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones a un medicamento de marca o a un producto biológico original, o moverlos a un nivel de costo compartido

diferente, o ambas cosas. Además, es posible que hagamos cambios según las pautas clínicas nuevas. Si quitamos medicamentos de nuestro formulario, si le agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado a algún medicamento o si movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos avisarles a los miembros afectados al menos 30 días antes de la fecha de comienzo del cambio. Como alternativa, cuando un miembro pide una repetición del medicamento, es posible que reciba un suministro para 30 días y un aviso del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o el profesional que le hace las recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento que estaba tomando. Cuando le enviemos el aviso, también incluiremos información sobre cómo pedir una excepción. Además, puede encontrar ayuda más adelante en la sección llamada "¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield 65 Plus?".

Cambios que no le afectarán si está tomando un medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2026 que tenía cobertura a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2026, excepto en las situaciones descritas anteriormente. Por lo tanto, estos medicamentos seguirán estando disponibles para los miembros que los toman, con el mismo costo compartido y sin restricciones nuevas durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá ningún aviso directo sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, estos cambios podrían afectarle y es importante que revise el formulario del nuevo año de beneficios para conocer cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto es válido a partir del 10/20/2026. Comuníquese con nosotros para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Nuestra información de contacto aparece en la parte de adelante y de atrás de este documento. Si hacemos algún otro cambio negativo en el formulario durante el año, los cambios se publicarán en nuestro sitio web, en blueshieldca.com/medformulary2026.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos maneras de buscar su medicamento en el formulario:

Por tipo de problema de salud

El formulario empieza en la página 1. Los medicamentos de este formulario están agrupados en diferentes categorías según el tipo de problema de salud que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar enfermedades del corazón se incluyen en la categoría llamada "Cardiovasculares". Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 1. Después, busque el medicamento en esa categoría.

Por orden alfabético

Si no sabe con seguridad la categoría en la que debe buscar su medicamento, consulte el índice que empieza en la página 149 . En el índice, encontrará una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento, tanto los de marca como los genéricos. Revise el índice y busque su medicamento. Al lado del nombre del medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que indica el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre medicamentos de marca y genéricos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la FDA porque tienen el mismo principio activo que los medicamentos de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto puede significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. Debido a que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se conocen como biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Para ver un análisis sobre el tipo de medicamentos, consulte la sección 3.1 llamada “La ‘Lista de Medicamentos’ indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos” del Capítulo *5* de la Evidencia de Cobertura.

¿Hay restricciones en mi cobertura?

Es posible que haya ciertos límites o requisitos adicionales en la cobertura de algunos medicamentos cubiertos. Estos requisitos o límites pueden incluir lo siguiente:

- **Autorización previa:** Nuestro plan exige que usted o el profesional que le hace las recetas obtengan una autorización previa para algunos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener una aprobación de nuestro plan antes de recibir sus medicamentos recetados. Si no obtiene la aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad:** Para algunos medicamentos, nuestro plan pone un límite en la cantidad de medicamento que nuestro plan cubrirá. Por ejemplo, en el caso del *sumatriptán* (la versión genérica de IMITREX), nuestro plan brinda 18 comprimidos cada 30 días, además de un suministro estándar de un mes o de tres meses.

- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, nuestro plan exige que primero intente tratar su problema de salud con ciertos medicamentos antes de que cubramos otro medicamento para tratar el problema. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para tratar su problema de salud, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento B, a menos que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá entonces el medicamento B.

Puede ver si hay más límites o requisitos para su medicamento en el formulario que empieza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado en Internet documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. Además, puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción con respecto a estos límites o restricciones, o bien puede pedirle una lista de otros medicamentos similares que se puedan usar para tratar su problema de salud. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, lea la sección "¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario del plan?" en la página vii.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero deberá comunicarse con Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento tiene cobertura.

Si le informan que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicio al Cliente que le envíe una lista de medicamentos similares cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que cubra nuestro plan.

- Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y que cubra su medicamento. Lea lo que sigue para obtener información sobre cómo pedir una excepción.

¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield 65 Plus?

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que usted puede pedirnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no esté en nuestro formulario. Si se aprueba, ese medicamento será cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.

- Puede pedirnos que no apliquemos una restricción de cobertura, ya sea una autorización previa, un tratamiento escalonado o un límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, para algunos medicamentos, Blue Shield 65 Plus pone un límite en la cantidad de medicamento que cubriremos. Si hay un límite de cantidad para su medicamento, puede pedirnos que no pongamos ese límite y que cubramos una cantidad mayor.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que ese medicamento corresponda al nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría lo que tiene que pagar por su medicamento.

Por lo general, nuestro plan aprobará su pedido de excepción solamente si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o la aplicación de restricciones no fueran tan eficaces para usted y/o le causaran efectos adversos.

Usted o el profesional que le hace las recetas deben comunicarse con nosotros para pedirnos una excepción de nivel o del formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. ***Cuando pida una excepción, el profesional que le hace las recetas deberá explicar los motivos médicos por los que necesita la excepción.*** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas después de recibir la declaración de respaldo del profesional que le hace las recetas. Puede pedir una decisión urgente (rápida) si usted piensa que esperar hasta 72 horas para que se tome una decisión podría ser muy peligroso para su salud y nosotros estamos de acuerdo con su criterio. En ese caso, o si el profesional que le hace las recetas pide una decisión rápida, debemos comunicarle una decisión, a más tardar, 24 horas después de recibir la declaración de respaldo del profesional que le hace las recetas.

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

Como miembro actual o nuevo de nuestro plan, es posible que tome medicamentos que no estén en nuestro formulario. O bien, es posible que tome un medicamento que sí esté en nuestro formulario, pero tenga una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con el profesional que le hace las recetas sobre cómo pedir una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar su medicamento por otro alternativo que cubramos o pedir una excepción del formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico deciden qué es lo mejor

para usted, es posible que cubramos su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.

Cubriremos un suministro temporal de 30 días si sus medicamentos no están en nuestro formulario o tienen una restricción de cobertura. Si su receta indica menos días, le dejaremos pedir repeticiones hasta alcanzar un suministro de 30 días de medicamentos como máximo. Si su cobertura no está aprobada, dejaremos de pagar esos medicamentos después de su primer suministro para 30 días, aunque aún no hayan pasado los primeros 90 días de su membresía en el plan.

Si usted vive en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o su capacidad para obtener medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras pide una excepción del formulario.

Nuestra política de transición se aplica a miembros con problemas de salud estabilizados con lo siguiente:

- Medicamentos de la Parte D que no están en el formulario del plan.
- Medicamentos de la Parte D anteriormente cubiertos por excepción una vez que termina la excepción.
- Medicamentos de la Parte D que están en el formulario de plan y que tienen requisitos de autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad.
- Medicamentos de la Parte D como los mencionados anteriormente, que no se pueden distinguir entre medicamentos recetados nuevos o existentes en el punto de servicio.

Y son miembros que están en alguna de estas situaciones:

- Son miembros nuevos después del período coordinado de elección anual.
- Son miembros elegibles por primera vez y que vienen de otra cobertura al empezar el año del contrato.
- Son personas que cambian de un plan de Blue Shield a otro después de empezar el año del contrato.
- Son miembros que viven en centros LTC.
- En algunos casos, son miembros actuales afectados por los cambios en el formulario de un año del plan al siguiente.

Los miembros que sigan con la cobertura en un nuevo año del plan y tengan cambios negativos en el formulario tendrán cobertura continuada de medicamentos seleccionados en el nuevo año del plan, según lo dispuesto por nuestro plan y de acuerdo con la guía de los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) sobre los medicamentos de la Parte D. A los miembros del plan que tomen medicamentos que no se seleccionaron para tener cobertura continuada automática se les brindará un proceso de transición que se ajuste a los requisitos de los nuevos miembros que empiezan un nuevo año del plan. La política de transición se extenderá de un año del plan a otro si un miembro necesita un suministro de transición y se inscribe en un plan que empiece el 1 de noviembre o el 1 de diciembre.

Durante la etapa de transición, los miembros pueden hablar con los profesionales que les hacen las recetas para decidir si deberían cambiar su medicamento por otro que cubramos o pedir una excepción del formulario para obtener la cobertura de ese medicamento, en caso de que no esté en nuestro formulario o tenga restricciones, como requisitos de tratamiento escalonado o de autorización previa. Los miembros pueden comunicarse con el equipo de Servicio al Cliente de nuestro plan si quieren recibir ayuda para iniciar un pedido de autorización previa o de excepción. Los formularios para pedir una autorización previa o una excepción están disponibles en nuestro sitio web. También se envían por correo postal, correo electrónico o fax a pedido de los miembros y los profesionales que hacen las recetas.

De acuerdo con nuestra política de transición y junto con las farmacias de la red, para evitar interrupciones en un tratamiento continuo, se brindará un suministro temporal de medicamentos de la Parte D que no estén en el formulario o de medicamentos del formulario que tengan restricciones de cobertura. Este suministro temporal también brinda suficiente tiempo para que los miembros y los profesionales que les hacen las recetas puedan cambiar el medicamento por otro de igual acción terapéutica que esté en el formulario o puedan completar un pedido de excepción del formulario por necesidad médica. Los pedidos de autorización previa para medicamentos del formulario se evalúan teniendo en cuenta los criterios de cobertura aprobados por los CMS, y los pedidos de excepción del formulario se evalúan según la necesidad médica. El proceso de evaluación está a cargo de médicos, farmacéuticos y/o técnicos de farmacia de Blue Shield. Si se rechaza un pedido de excepción del formulario, le enviaremos al profesional que hace las recetas una lista de alternativas terapéuticas adecuadas. Además, usted recibirá una carta con instrucciones sobre cómo apelar la decisión.

El suministro de transición es un suministro temporal de 30 días del medicamento que no está en el formulario (si la receta es por menos días, cubriremos varias repeticiones hasta alcanzar un total de 30 días de medicamento). El suministro de transición se brinda por única vez y se puede obtener en una farmacia de venta al por menor durante los primeros 90 días de la membresía nueva, que empieza en la fecha de comienzo de su cobertura de nuestro plan. Con un suministro total de 30 días como máximo, se pueden repetir las recetas de transición que se hayan brindado en menor cantidad que la indicada, debido a un cambio en el límite de cantidad del plan por motivos de seguridad o a cambios en el uso del medicamento según las indicaciones de la etiqueta aprobada del producto. Si un cambio negativo en el formulario le afecta de un año al siguiente, le brindaremos un suministro

temporal para un máximo de 30 días del medicamento que no está en el formulario, en caso de que necesite una repetición del medicamento durante los primeros 90 días del nuevo año del plan.

Las farmacias de LTC y de venta al por menor tienen la capacidad de autorizar, en el punto de venta, la cobertura de un suministro de transición de un medicamento que no esté en el formulario, que requiera autorización previa o que tenga requisitos de tratamiento escalonado, a menos que el medicamento esté sujeto a una revisión para determinar si corresponde a la Parte B o a la Parte D, o se hayan puesto límites para impedir la cobertura de medicamentos que no sean de la Parte D o para fomentar el uso seguro de un medicamento de la Parte D. Cubriremos un suministro de 30 días (si la receta es por menos días, cubriremos varias repeticiones hasta llegar a un total de 30 días de medicamento). En el caso de los miembros elegibles para recibir un subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés), el costo compartido por un suministro temporal de medicamentos brindados en el proceso de transición no superará las cantidades de copago máximo que establece la ley para los miembros elegibles para el LIS. En el caso de los demás miembros (los que no tengan acceso al LIS), para los medicamentos de la Parte D que no estén en el formulario y se brinden durante el período de transición, aplicaremos el mismo costo compartido que correspondería para los medicamentos no incluidos en el formulario que se aprueben mediante una excepción del formulario; y para los medicamentos del formulario sujetos a cambios en la administración del uso que se brinden durante el período de transición, aplicaremos el mismo costo compartido que correspondería una vez cumplidos los criterios de administración del uso. Después de completar el proceso de excepciones y determinar que las dosis de los medicamentos de la Parte D recetadas originalmente son médicamente necesarias, los miembros no deberán pagar ningún costo compartido adicional por repetir varias veces una receta que indica cantidades menores de medicamentos de la Parte D basadas en límites de cantidad por motivos de seguridad.

Por lo general, después de cubrir el suministro temporal de 30 días, no pagaremos nuevamente estos medicamentos como parte de nuestra política de transición. Después de cubrir el suministro temporal, le enviaremos un aviso por escrito dentro de los 3 días hábiles después de la fecha en que se haya obtenido el suministro de transición. Este aviso incluirá una explicación sobre la naturaleza temporal del suministro de transición recibido, instrucciones para colaborar con nosotros y el profesional que hace las recetas para identificar alternativas terapéuticas adecuadas que estén incluidas en nuestro formulario, una explicación de su derecho a pedir una excepción del formulario y una descripción de los procedimientos para pedir una excepción del formulario. Si se ha brindado un suministro de transición una vez y usted está actualmente en el proceso de recibir una determinación de cobertura, es posible que el suministro de transición inicial de 30 días se extienda por 30 días más, salvo que tenga una receta que indique menos de 30 días. Siempre y cuando su pedido de excepción o su apelación no se hayan procesado al terminar el período de transición mínimo, la extensión del período de transición se determina según el caso y dura hasta el

momento en que se hace la transición (si cambia su medicamento por otro medicamento adecuado del formulario o si se toma una decisión sobre un pedido de excepción).

Si usted vive en un centro de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos), cubriremos los suministros de los medicamentos de la Parte D en cantidades para 14 días o menos para un suministro temporal de 31 días de transición, a menos que la receta sea por menos días, durante los primeros 90 días de inscripción en nuestro plan, que empieza en la fecha de comienzo de su cobertura.

Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a los "medicamentos de la Parte D" que se compran en una farmacia de la red. La política de transición no se puede usar para comprar un medicamento que no sea de la Parte D o que esté fuera de la red, a menos que usted califique para obtener acceso fuera de la red.

Cómo obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de su plan, lea su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

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, los siete días de la semana. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar http://www.medicare.gov.

Formulario del plan

El siguiente formulario brinda información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene algún inconveniente para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que empieza en la página 149 .

En la primera columna del cuadro se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen con letras mayúsculas (por ejemplo, ELIQUIS), y los medicamentos genéricos aparecen con letras minúsculas y en cursiva (por ejemplo, *amoxicilina*).

La información de la columna de Requisitos/Límites le indica si nuestro plan tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

LEYENDA

NIVEL	NOMBRE
gen	Medicamentos genéricos
brd	Medicamentos de marca preferidos
brd	Insulinas cubiertas
npd	Medicamentos no preferidos
inj	Medicamentos inyectables
inj	Insulinas cubiertas
spec	Medicamentos de nivel especializado

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
ED	Medicamento excluido de la Parte D (*Excluded Part D Drug*)	Por lo general, este medicamento recetado no está cubierto por un plan de medicamentos recetados de Medicare; sin embargo, Blue Shield cubre este medicamento como beneficio suplementario. La cantidad que usted paga cuando hace surtir una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que paga no le ayuda a calificar para la cobertura contra catástrofes). Además, si recibe ayuda adicional de Medicare o del Seguro Social para pagar sus medicamentos recetados, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.
LA	Acceso limitado (*Limited Access*)	Es posible que este medicamento recetado esté disponible solamente en algunas farmacias. Para obtener más información, lea su Directorio de Farmacias o llame a nuestro Servicio al Cliente.

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
PA	Autorización previa (*Prior Authorization*)	La cobertura de este medicamento recetado requiere una autorización previa de Blue Shield. Llame a Blue Shield para brindar la información necesaria para que se determine la cobertura. Es posible que algunos medicamentos requieran una determinación de cobertura de la Parte B o la Parte D, según las reglas de cobertura de Medicare. Estos medicamentos se identifican con la nota "PA – Part B vs. D Determination" (PA: Determinación de la Parte B o D).
QL	Límite de cantidad (*Quantity Limit*)	Este medicamento tiene un límite de dosis o de cantidad recetada. Los límites máximos de dosis diaria los define la FDA y se explican en el prospecto del medicamento. Otros límites de cantidad promueven una dosificación consolidada cuando sea posible.
ST	Tratamiento escalonado (*Step Therapy*)	La cobertura para este medicamento recetado se brinda cuando ya se han probado tratamientos con otros medicamentos de primera línea o medicamentos preferidos (tratamiento escalonado).
NDS	Suministro de días no extendido (*Non-Extended Day Supply*)	Los medicamentos NO están disponibles para un suministro a largo plazo.
INS	Insulina cubierta (*Covered Insulin*)	No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.
VAC	Vacunación sin costo (*$0 Vaccine*)	Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANALGÉSICOS		
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES		
butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap	gen	PA, QL (48 PER 30 DAYS), NDS
cataflam 50 mg tab	gen	
celecoxib (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
celecoxib 400 mg cap	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
diclofenac potassium 50 mg tab	gen	
diclofenac sodium (1.5 % solution, 25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr)	gen	
diclofenac sodium 3 % gel	gen	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
diclofenac sodium er 100 mg tab 24h	gen	
diclofenac-misoprostol (50-0.2 mg tab dr, 75-0.2 mg tab dr)	gen	
diflunisal 500 mg tab	gen	
ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)	gen	
etodolac (200 mg cap, 300 mg cap, 400 mg tab, 500 mg tab)	gen	
etodolac er (er 400 mg tab er, er 500 mg tab er, er 600 mg tab er)	gen	
FLURBIPROFEN (FLURBIPROFEN 100 MG TAB, FLURBIPROFEN 50 MG TAB, FLURBIPROFEN 100 MG TAB)	gen	
ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	gen	
ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension, 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	gen	
indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)	gen	
indomethacin er 75 mg cap	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
meloxicam (7.5 mg tab, 15 mg tab)	gen	
nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)	gen	
naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 375 mg tab dr, 500 mg tab, 500 mg tab dr)	gen	
naproxen dr 500 mg tab	gen	
naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)	gen	
oxaprozin 600 mg tab	gen	
piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)	gen	
relafen (500 mg tab, 750 mg tab)	gen	
salsalate (salsalate 500 mg tab, salsalate 750 mg tab, salsalate 750 mg tab, salsalate 500 mg tab)	gen	
sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)	gen	
ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA		
buprenorphine (5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk, 10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk)	gen	PA, QL (4 PER 28 DAYS), NDS
DISKETS 40 MG TAB SOL	gen	QL (1 PER 1 DAYS), NDS
fentanyl (12 mcg/hr patch, 25 mcg/hr patch, 50 mcg/hr patch, 75 mcg/hr patch, 100 mcg/hr patch)	gen	PA, QL (10 PER 30 DAYS), NDS
hydromorphone hcl er (er 8 mg tab er, er 16 mg tab er, er 32 mg tab er)	gen	PA, QL (30 PER 30 DAYS), NDS
hydromorphone hcl er 12 mg tab 24h	gen	PA, QL (60 PER 30 DAYS), NDS
methadone hcl (10 mg tab, 10 mg/ml conc)	gen	PA, QL (90 PER 30 DAYS), NDS
methadone hcl (methadone hcl 10 mg/5ml solution, methadone hcl 10 mg/5ml solution)	gen	PA, QL (450 PER 30 DAYS), NDS
methadone hcl (methadone hcl 10 mg/ml solution, methadone hcl 10 mg/ml solution)	inj	PA, NDS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
methadone hcl (methadone hcl 5 mg/5ml solution, methadone hcl 5 mg/5ml solution)	gen	PA, QL (900 PER 30 DAYS), NDS
methadone hcl 40 mg tab sol	gen	QL (1 PER 1 DAYS), NDS
methadone hcl 5 mg tab	gen	PA, QL (180 PER 30 DAYS), NDS
methadone hcl intensol 10 mg/ml conc	gen	PA, QL (90 PER 30 DAYS), NDS
methadose 40 mg tab sol	gen	QL (1 PER 1 DAYS), NDS
morphine sulfate er (er 60 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)	gen	QL (60 PER 30 DAYS), NDS
morphine sulfate er 15 mg tab	gen	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
morphine sulfate er 30 mg tab	gen	QL (90 PER 30 DAYS), NDS
OXYMORPHONE HCL ER (ER 5 MG TAB ER 12H, ER 7.5 MG TAB ER 12H, ER 10 MG TAB ER 12H, ER 15 MG TAB ER 12H, ER 20 MG TAB ER 12H, ER 30 MG TAB ER 12H, ER 40 MG TAB ER 12H)	gen	PA, QL (2 PER 1 DAYS), NDS
tramadol hcl er (er 100 mg tab er, er 200 mg tab er, er 300 mg tab er)	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS
ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA		
acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)	gen	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
acetaminophen-codeine (acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5ml solution, acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml solution, acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml solution, acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5ml solution)	gen	QL (1800 PER 30 DAYS), NDS
acetaminophen-codeine 300-60 mg tab	gen	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
ascomp-codeine 50-325-40-30 mg cap	gen	PA, QL (48 PER 30 DAYS), NDS
butalbital-apap-caff-cod 50-325-40-30 mg cap	gen	PA, QL (48 PER 30 DAYS), NDS
butalbital-asa-caff-codeine 50-325-40-30 mg cap	gen	PA, QL (48 PER 30 DAYS), NDS
butorphanol tartrate 10 mg/ml solution	gen	QL (15 PER 28 DAYS), NDS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
codeine sulfate (codeine sulfate 30 mg tab, codeine sulfate 30 mg tab)	gen	QL (168 PER 30 DAYS), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	gen	QL (336 PER 30 DAYS), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	gen	QL (84 PER 30 DAYS), NDS
endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	gen	QL (168 PER 30 DAYS), NDS
endocet 10-325 mg tab	gen	QL (84 PER 30 DAYS), NDS
endocet 7.5-325 mg tab	gen	QL (112 PER 30 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml, 5-217 mg/10ml, 7.5-325 mg/15ml)	gen	QL (2520 PER 30 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen (7.5-300 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-300 mg tab, 10-325 mg tab)	gen	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen (hydrocodone-acetaminophen 5-300 mg tab, hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab, hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg tab)	gen	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
hydrocodone-ibuprofen (hydrocodone-ibuprofen 10-200 mg tab, hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg tab, hydrocodone-ibuprofen 5-200 mg tab)	gen	QL (5 PER 1 DAYS), NDS
hydromorphone hcl 1 mg/ml liquid	gen	QL (675 PER 30 DAYS), NDS
hydromorphone hcl 2 mg tab	gen	QL (154 PER 30 DAYS), NDS
HYDROMORPHONE HCL 3 MG SUPPOS	gen	QL (240 PER 30 DAYS), NDS, EDC
hydromorphone hcl 4 mg tab	gen	QL (84 PER 30 DAYS), NDS
hydromorphone hcl 8 mg tab	gen	QL (42 PER 30 DAYS), NDS
MORPHINE SULFATE (5 MG SUPPOS, 10 MG SUPPOS, 20 MG SUPPOS, 30 MG SUPPOS)	gen	QL (84 PER 30 DAYS), NDS, EDC
morphine sulfate (concentrate) (morphine sulfate (concentrate) 20 mg/ml solution, morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml solution, morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml solution)	gen	QL (70 PER 30 DAYS), NDS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
morphine sulfate (morphine sulfate 10 mg/5ml solution, morphine sulfate 10 mg/5ml solution)	gen	QL (630 PER 30 DAYS), NDS
morphine sulfate (morphine sulfate 20 mg/5ml solution, morphine sulfate 20 mg/5ml solution)	gen	QL (315 PER 30 DAYS), NDS
morphine sulfate (morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab, morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab)	gen	QL (120 PER 30 DAYS), NDS
oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)	gen	QL (56 PER 30 DAYS), NDS
oxycodone hcl (20 mg tab, 100 mg/5ml conc)	gen	QL (120 PER 30 DAYS), NDS
oxycodone hcl (5 mg cap, 5 mg tab)	gen	QL (168 PER 30 DAYS), NDS
oxycodone hcl 10 mg tab	gen	QL (84 PER 30 DAYS), NDS
oxycodone hcl 5 mg/5ml solution	gen	QL (840 PER 30 DAYS), NDS
oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	gen	QL (168 PER 30 DAYS), NDS
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab	gen	QL (84 PER 30 DAYS), NDS
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG/5ML SOLUTION	gen	QL (60 PER 1 DAYS), NDS
oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab	gen	QL (112 PER 30 DAYS), NDS
oxymorphone hcl 10 mg tab	gen	PA, QL (120 PER 30 DAYS), NDS
oxymorphone hcl 5 mg tab	gen	PA, QL (180 PER 30 DAYS), NDS
pentazocine-naloxone hcl (pentazocine-naloxone hcl 50-0.5 mg tab, pentazocine-naloxone hcl 50-0.5 mg tab)	gen	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
tramadol hcl 100 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS), NDS
tramadol hcl 50 mg tab	gen	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab	gen	QL (112 PER 30 DAYS), NDS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANESTÉSICOS		
ANESTÉSICOS LOCALES		
lidocaine 5 % ointment	gen	QL (50 PER 30 DAYS)
lidocaine 5 % patch	gen	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
lidocaine hcl 4 % solution	gen	
LIDOCAINE HCL 4 % SOLUTION	brd	
lidocaine viscous hcl 2 % solution	gen	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream	gen	QL (30 PER 30 DAYS)
lidocan 5 % patch	gen	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	npd	QL (10 PER 30 DAYS)
PREMIUM LIDOCAINE 5 % OINTMENT	gen	QL (50 PER 30 DAYS)
ANTIADICTIVOS/TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS, MEDICAMENTOS PARA EL		
DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN		
acamprosate calcium 333 mg tab dr	gen	
disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)	gen	
DEPENDENCIA A OPIOIDES		
buprenorphine hcl (2 mg tab, 8 mg tab)	gen	
buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg film, 2-0.5 mg sl tab, 4-1 mg film, 8-2 mg film, 8-2 mg sl tab, 12-3 mg film)	gen	
REVERTIDORES OPIOIDEOS		
KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	npd	QL (2 PER 30 DAYS)
naloxone hcl (naloxone hcl 0.4 mg/ml soln prsyr, naloxone hcl 0.4 mg/ml solution, naloxone hcl 2 mg/2ml soln prsyr, naloxone hcl 0.4 mg/ml soln cart, naloxone hcl 4 mg/10ml solution)	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
naltrexone hcl 50 mg tab	gen	
ANTITABACO, MEDICAMENTOS		
bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab 12h	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
NICOTROL 10 MG INHALER	brd	
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	brd	
varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk	gen	QL (53 PER 30 DAYS)
varenicline tartrate(continue) 1 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
ANTIBACTERIANOS		
AMINOGLUCÓSIDOS		
amikacin sulfate 500 mg/2ml solution	inj	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	spec	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)	gen	
gentamicin sulfate 40 mg/ml solution	inj	
neomycin sulfate 500 mg tab	gen	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	inj	
tobramycin sulfate (tobramycin sulfate 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 2 gm/50ml solution, tobramycin sulfate 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 1.2 gm/30ml solution, tobramycin sulfate 10 mg/ml solution, tobramycin sulfate 80 mg/2ml solution)	inj	
ANTIBACTERIANOS, OTHER		
aztreonam (1 gm soln, 2 gm soln)	inj	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	spec	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
CLEOCIN 100 MG SUPPOS	brd	
clindamycin hcl (75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap)	gen	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln	gen	
clindamycin phosphate (9 gm/60ml, 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml)	inj	
clindamycin phosphate 2 % cream	gen	
clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml)	inj	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (IN 300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, IN 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, IN 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	inj	
CLINDESSE 2 % CREAM	brd	
colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln	inj	
daptomycin (daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 500 mg recon soln, daptomycin 500 mg recon soln)	spec	
fosfomycin tromethamine 3 gm packet	gen	QL (4 PER 28 DAYS)
lincomycin hcl 300 mg/ml solution	inj	
linezolid (100 mg/5ml recon susp, 600 mg tab)	gen	PA
linezolid 600 mg/300ml solution	inj	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	spec	
methenamine hippurate 1 gm tab	gen	
metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % gel, 0.75 % lotion, 1 % gel, 250 mg tab, 375 mg cap, 500 mg tab)	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
metronidazole (metronidazole 500 mg/100ml solution, metronidazole 500 mg/100ml solution)	inj	
nitrofurantoin (25 mg/5ml suspension, 50 mg/10ml suspension)	gen	
nitrofurantoin macrocrystal (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	gen	
nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap	gen	
polymyxin b sulfate 500000 unit recon soln	inj	
rosadan (0.75 % cream, 0.75 % gel)	gen	
tigecycline (tigecycline 50 mg recon soln, tigecycline 50 mg recon soln)	inj	
tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)	gen	
trimethoprim (trimethoprim 100 mg tab, trimethoprim 100 mg tab)	gen	
vancomycin hcl (125 mg cap, 250 mg cap)	gen	
vancomycin hcl (50 mg/ml soln, 250 mg/5ml soln)	gen	PA, QL (450 PER 30 DAYS)
vancomycin hcl (vancomycin hcl 1 gm recon soln, vancomycin hcl 1.25 gm recon soln, vancomycin hcl 1.5 gm recon soln, vancomycin hcl 2 gm recon soln, vancomycin hcl 1 gm recon soln, vancomycin hcl 1.25 gm recon soln, vancomycin hcl 1.5 gm recon soln, vancomycin hcl 10 gm recon soln, vancomycin hcl 500 mg recon soln, vancomycin hcl 750 mg recon soln, vancomycin hcl 1.75 gm recon soln, vancomycin hcl 10 gm recon soln, vancomycin hcl 100 gm recon soln, vancomycin hcl 500 mg recon soln, vancomycin hcl 750 mg recon soln)	inj	
vancomycin hcl (vancomycin hcl 5 gm recon soln, vancomycin hcl 5 gm recon soln)	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
vancomycin hcl 25 mg/ml recon soln	gen	PA, QL (900 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VANDAZOLE 0.75 % GEL	brd	
XIFAXAN 200 MG TAB	npd	PA, QL (9 PER 30 DAYS)
XIFAXAN 550 MG TAB	npd	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS		
CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	gen	
CEFACLOR ER 500 MG TAB 12H	gen	
cefadroxil (cefadroxil 500 mg/5ml recon susp, cefadroxil 1 gm tab, cefadroxil 250 mg/5ml recon susp, cefadroxil 500 mg cap)	gen	
cefazolin sodium (cefazolin sodium 1 gm recon soln, cefazolin sodium 2 gm recon soln, cefazolin sodium 3 gm recon soln, cefazolin sodium 100 gm recon soln, cefazolin sodium 300 gm recon soln, cefazolin sodium 1 gm recon soln, cefazolin sodium 10 gm recon soln, cefazolin sodium 500 mg recon soln)	inj	
cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp, 300 mg cap)	gen	
cefepime hcl (cefepime hcl 1 gm recon soln, cefepime hcl 1 gm/50ml solution, cefepime hcl 2 gm recon soln, cefepime hcl 2 gm/100ml solution)	inj	
cefixime (cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 200 mg/5ml recon susp, cefixime 400 mg cap)	gen	
cefotetan disodium (cefotetan disodium 1 gm recon soln, cefotetan disodium 2 gm recon soln)	npd	
cefoxitin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)	inj	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CEFPODOXIME PROXETIL (CEFPODOXIME PROXETIL 200 MG TAB, CEFPODOXIME PROXETIL 50 MG/5ML RECON SUSP, CEFPODOXIME PROXETIL 100 MG TAB, CEFPODOXIME PROXETIL 100 MG/5ML RECON SUSP)	gen	
cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)	gen	
ceftaroline fosamil (400 mg soln, 600 mg soln)	spec	
CEFTAZIDIME (CEFTAZIDIME 6 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 1 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 2 GM RECON SOLN)	inj	
ceftriaxone sodium (ceftriaxone sodium 1 gm recon soln, ceftriaxone sodium 2 gm recon soln, ceftriaxone sodium 10 gm recon soln, ceftriaxone sodium 250 mg recon soln, ceftriaxone sodium 1 gm recon soln, ceftriaxone sodium 2 gm recon soln, ceftriaxone sodium 500 mg recon soln)	inj	
cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)	gen	
cefuroxime sodium (1.5 gm soln, 750 mg soln)	inj	
cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 750 mg cap)	gen	
TAZICEF (TAZICEF 6 GM RECON SOLN, TAZICEF 2 GM RECON SOLN, TAZICEF 1 GM RECON SOLN, TAZICEF 1 GM RECON SOLN)	inj	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BETALACTÁMICOS, PENICILINAS		
amoxicillin (amoxicillin 125 mg/5ml recon susp, amoxicillin 125 mg chew tab, amoxicillin 200 mg/5ml recon susp, amoxicillin 500 mg cap, amoxicillin 250 mg chew tab, amoxicillin 250 mg cap, amoxicillin 250 mg/5ml recon susp, amoxicillin 400 mg/5ml recon susp, amoxicillin 500 mg tab, amoxicillin 875 mg tab)	gen	
amoxicillin trihydrate 250 mg/5ml recon susp	gen	
amoxicillin-pot clavulanate (amoxicillin-pot clavulanate 400-57 mg chew tab, amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml recon susp, amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, amoxicillin-pot clavulanate 250-62.5 mg/5ml recon susp, amoxicillin-pot clavulanate 500-125 mg tab, amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg tab, amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg chew tab, amoxicillin-pot clavulanate 400-57 mg/5ml recon susp, amoxicillin-pot clavulanate 600-42.9 mg/5ml recon susp)	gen	
amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab 12h	gen	
ampicillin 500 mg cap	gen	
ampicillin sodium (ampicillin sodium 1 gm recon soln, ampicillin sodium 10 gm recon soln, ampicillin sodium 1 gm recon soln, ampicillin sodium 250 mg recon soln, ampicillin sodium 2 gm recon soln, ampicillin sodium 2 gm recon soln, ampicillin sodium 125 mg recon soln, ampicillin sodium 500 mg recon soln)	inj	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ampicillin-sulbactam sodium (ampicillin-sulbactam sodium 1.5 (1-0.5) gm recon soln, ampicillin-sulbactam sodium 1.5 (1-0.5) gm recon soln, ampicillin-sulbactam sodium 3 (2-1) gm recon soln, ampicillin-sulbactam sodium 15 (10-5) gm recon soln)	inj	
AUGMENTIN 125-31.25 MG/5ML RECON SUSP	brd	
BICILLIN C-R 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION	inj	
BICILLIN C-R 900/300 900000-300000 UNIT/2ML SUSPENSION	inj	
BICILLIN L-A (600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR)	inj	
dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)	gen	
nafcillin sodium (nafcillin sodium 2 gm recon soln, nafcillin sodium 10 gm recon soln, nafcillin sodium 1 gm recon soln, nafcillin sodium 1 gm recon soln, nafcillin sodium 2 gm recon soln)	inj	
penicillin g potassium (5000000 soln, 20000000 soln)	inj	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	inj	
penicillin v potassium (penicillin v potassium 125 mg/5ml recon soln, penicillin v potassium 250 mg/5ml recon soln, penicillin v potassium 250 mg tab, penicillin v potassium 500 mg tab)	gen	
pfizerpen (5000000 soln, 20000000 soln)	inj	
piperacillin sod-tazobactam so (2.25 (2-0.25) gm ln, 3-0.375 gm ln, 3.375 (3-0.375) gm ln, 4-0.5 gm ln, 4.5 (4-0.5) gm ln, 13.5 (12-1.5) gm ln, 40.5 (36-4.5) gm ln)	inj	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CARBAPENÉMICOS		
ertapenem sodium 1 gm recon soln	gen	
imipenem-cilastatin (imipenem-cilastatin 500 mg recon soln, imipenem-cilastatin 250 mg recon soln)	inj	
meropenem (1 gm soln, 500 mg soln)	inj	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	inj	
MACRÓLIDOS		
azithromycin (azithromycin 100 mg/5ml recon susp, azithromycin 200 mg/5ml recon susp, azithromycin 250 mg tab, azithromycin 600 mg tab, azithromycin 1 gm packet, azithromycin 500 mg tab)	gen	
azithromycin 500 mg recon soln	inj	
clarithromycin (clarithromycin 250 mg/5ml recon susp, clarithromycin 250 mg tab, clarithromycin 500 mg tab, clarithromycin 125 mg/5ml recon susp)	gen	
clarithromycin er 500 mg tab 24h	gen	
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	spec	PA, QL (136 PER 10 DAYS)
e.e.s. 400 (e.e.s. 400 400 mg tab, e.e.s. 400 400 mg tab)	gen	
ery-tab (250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr)	gen	
erythrocin lactobionate (erythrocin lactobionate 500 mg recon soln, erythrocin lactobionate 500 mg recon soln)	inj	
ERYTHROCIN STEARATE 250 MG TAB	brd	
erythromycin (250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr)	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
erythromycin base (erythromycin base 250 mg tab, erythromycin base 500 mg tab dr, erythromycin base 250 mg cp dr part, erythromycin base 250 mg tab dr, erythromycin base 333 mg tab dr, erythromycin base 500 mg tab)	gen	
erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5ml recon susp, 400 mg tab, 400 mg/5ml recon susp)	gen	
erythromycin lactobionate 500 mg recon soln	inj	
fidaxomicin 200 mg tab	spec	PA, QL (20 PER 10 DAYS)
QUINOLONAS		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	brd	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	brd	
ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%), 500 mg/5ml (10%))	gen	
ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	gen	
ciprofloxacin in d5w (ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution, ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution)	inj	
levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	gen	
levofloxacin (levofloxacin 25 mg/ml solution, levofloxacin 25 mg/ml solution)	inj	
levofloxacin in d5w (in 500 mg/100ml, in 750 mg/150ml)	inj	
moxifloxacin hcl 400 mg tab	gen	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL 400 MG/250ML SOLUTION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
ofloxacin (ofloxacin 300 mg tab, ofloxacin 400 mg tab, ofloxacin 400 mg tab)	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SULFONAMIDAS		
sulfadiazine 500 mg tab	gen	
sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)	gen	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution	inj	
sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension	gen	
TETRACICLINAS		
avidoxy 100 mg tab	gen	
demeclocycline hcl (150 mg tab, 300 mg tab)	gen	
doxy 100 mg recon soln	npd	
doxycycline 40 mg cap dr	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab)	gen	
doxycycline hyclate (doxycycline hyclate 150 mg tab, doxycycline hyclate 50 mg tab dr, doxycycline hyclate 50 mg tab dr, doxycycline hyclate 75 mg tab dr, doxycycline hyclate 100 mg tab dr, doxycycline hyclate 150 mg tab dr, doxycycline hyclate 200 mg tab dr)	gen	PA
doxycycline hyclate 100 mg recon soln	npd	
doxycycline monohydrate (25 mg/5ml recon susp, 50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab, 150 mg tab)	gen	
minocycline hcl (50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg cap, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab)	gen	
mondoxyne nl 100 mg cap	gen	
tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTICONVULSIVOS		
ANTICONVULSIVOS, OTROS		
brivaracetam (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	gen	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
brivaracetam 10 mg/ml solution	gen	ST, QL (20 ML PER 1 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)	gen	
divalproex sodium er (er 250 mg tab er, er 500 mg tab er)	gen	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	spec	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)	gen	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	spec	LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
lamotrigine (5 mg chew tab, 21 x 25 mg & 7 x 50 mg kit, 25 & 50 & 100 mg kit, 25 mg chew tab, 25 mg tab, 25 mg tab disp, 42 x 50 mg & 14x100 mg kit, 50 mg tab disp, 100 mg tab, 100 mg tab disp, 150 mg tab, 200 mg tab, 200 mg tab disp)	gen	
lamotrigine er (er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
lamotrigine er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
lamotrigine er (er 250 mg tab er, er 300 mg tab er)	gen	
lamotrigine odt (odt 25 mg tab disp, odt 50 mg tab disp, odt 100 mg tab disp, odt 200 mg tab disp)	gen	
lamotrigine starter kit-blue 35 x 25 mg	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
lamotrigine starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg	gen	
lamotrigine starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg	gen	
levetiracetam (100 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab, 1000 mg tab)	gen	
levetiracetam er 500 mg tab 24h	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
levetiracetam er 750 mg tab 24h	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
perampanel (4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab, 10 mg tab, 12 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
perampanel 0.5 mg/ml suspension	gen	QL (24 ML PER 1 DAYS)
perampanel 2 mg tab	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
roweepra 500 mg tab	gen	
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	npd	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	npd	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	npd	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
subvenite (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	gen	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	spec	QL (50 ML PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
subvenite starter kit-blue 35 x 25 mg	gen	
subvenite starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg	gen	
subvenite starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg	gen	
topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 25 mg tab, 50 mg cap sprink, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)	gen	
topiramate 25 mg/ml solution	gen	QL (16 ML PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
topiramate er (er 25 mg, er 50 mg, er 100 mg, er 150 mg, er 200 mg)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
valproate sodium (100 mg/ml, 500 mg/5ml)	inj	
valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)	gen	
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)	gen	
methsuximide 300 mg cap	gen	
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
clobazam 10 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 2.5 mg/ml suspension	gen	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 20 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
diazepam 10 mg gel	gen	QL (20 PER 30 DAYS)
diazepam 2.5 mg gel	gen	QL (5 PER 30 DAYS)
diazepam 20 mg gel	gen	QL (40 PER 30 DAYS)
gabapentin (250 mg/5ml, 300 mg/6ml)	gen	QL (72 PER 1 DAYS)
gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
gabapentin 100 mg cap	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
gabapentin 300 mg cap	gen	QL (8 PER 1 DAYS)
gabapentin 400 mg cap	gen	QL (6 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
phenobarbital (phenobarbital 15 mg tab, phenobarbital 97.2 mg tab, phenobarbital 60 mg/15ml elixir, phenobarbital 64.8 mg tab, phenobarbital 16.2 mg tab, phenobarbital 20 mg/5ml elixir, phenobarbital 30 mg tab, phenobarbital 32.4 mg tab, phenobarbital 60 mg tab, phenobarbital 64.8 mg tab, phenobarbital 100 mg tab, phenobarbital 15 mg tab, phenobarbital 16.2 mg tab, phenobarbital 20 mg/5ml elixir, phenobarbital 30 mg tab, phenobarbital 30 mg/7.5ml elixir, phenobarbital 32.4 mg tab, phenobarbital 60 mg tab, phenobarbital 97.2 mg tab, phenobarbital 100 mg tab)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
primidone (primidone 50 mg tab, primidone 125 mg tab, primidone 250 mg tab)	gen	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
tiagabine hcl (tiagabine hcl 12 mg tab, tiagabine hcl 4 mg tab, tiagabine hcl 16 mg tab, tiagabine hcl 2 mg tab, tiagabine hcl 12 mg tab, tiagabine hcl 16 mg tab)	gen	
VALTOCO 10 MG DOSE /0.1ML LIQUID	spec	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 /0.1ML LIQD THPK	spec	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 0 X 10 /0.1ML LIQD THPK	spec	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE /0.1ML LIQUID	spec	QL (10 PER 30 DAYS)
vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg packet	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg tab	spec	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	spec	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigpoder 500 mg packet	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	spec	LA, QL (36 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS		
carbamazepine (carbamazepine 200 mg/10ml suspension, carbamazepine 200 mg chew tab, carbamazepine 100 mg chew tab, carbamazepine 100 mg/5ml suspension, carbamazepine 200 mg tab)	gen	
carbamazepine er (er 100 mg cap er, er 100 mg tab er, er 200 mg cap er, er 200 mg tab er, er 300 mg cap er, er 400 mg tab er)	gen	
DILANTIN (30 MG CAP, 100 MG CAP, 125 MG/5ML SUSPENSION)	brd	
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEW	brd	
DILANTIN-125 MG/5ML SUSPENSION	brd	
epitol 200 mg tab	gen	
eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
lacosamide (10 mg/ml, 50 mg/5ml, 100 mg/10ml)	gen	QL (40 PER 1 DAYS)
lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
lacosamide 200 mg/20ml solution	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 300 mg/5ml suspension, 600 mg tab)	gen	
phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)	gen	
phenytoin (50 mg chew tab, 100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
phenytoin infatabs infas 50 mg chew	gen	
phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)	gen	
rufinamide 200 mg tab	gen	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
rufinamide 40 mg/ml suspension	gen	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
rufinamide 400 mg tab	gen	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 TAB THPK	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 TAB THPK	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (COPRI 14 150 MG 14 200 MG TAB THPK, COPRI 14 50 MG 14 100 MG TAB THPK)	spec	QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI COPRI 14 12.5 MG & 14 25 MG TAB THPK	npd	QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	npd	
zonisamide (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	gen	

ANTIDEMENCIALES

ANTIDEMENCIALES, OTROS

ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	gen	
memantine hcl-donepezil hcl (14-10 mg cap er, 21-10 mg cap er, 28-10 mg cap er)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
memantine hcl-donepezil hcl er (er 14-10 mg cap er, er 28-10 mg cap er)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
NAMZARIC 7 & 14 & 21 &28 -10 MG CP24 THPK	brd	QL (28 PER 28 DAYS)
NAMZARIC 7-10 MG CAP ER 24H	brd	QL (1 PER 1 DAYS)

INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

donepezil hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	gen	
donepezil hcl 23 mg tab	gen	ST
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	gen	
galantamine hydrobromide (galantamine hydrobromide 4 mg tab, galantamine hydrobromide 12 mg tab, galantamine hydrobromide 4 mg/ml solution, galantamine hydrobromide 8 mg tab)	gen	
galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er, er 16 mg cap er, er 24 mg cap er)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
rivastigmine (4.6 mg/patch, 9.5 mg/patch, 13.3 mg/patch)	gen	QL (30 PER 30 DAYS)
rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)	gen	
ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA)		
memantine hcl (memantine hcl 28 x 5 mg & 21 x 10 mg tab, memantine hcl 2 mg/ml solution, memantine hcl 5 mg tab, memantine hcl 10 mg tab, memantine hcl 10 mg/5ml solution)	gen	
memantine hcl er (er 7 mg cap er, er 14 mg cap er, er 21 mg cap er, er 28 mg cap er)	gen	
ANTIDEPRESIVOS		
ANTIDEPRESIVOS, OTHER		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	npd	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUVELITY TITRATION PACK 30-105 MG & 45-105 MG TBER THPK	npd	QL (102 PER 365 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bupropion hcl 100 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
bupropion hcl 75 mg tab	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab 12h	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 150 mg tab 12h	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 200 mg tab 12h	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 150 mg tab 24h	gen	QL (3 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
bupropion hcl er (xl) 300 mg tab 24h	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
EXXUA (18.2 MG TAB ER 24H, 36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H	spec	QL (64 PER 365 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYBALVI (5-10 MG TAB, 10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
mirtazapine (7.5 mg tab, 15 mg tab, 15 mg tab disp, 30 mg tab, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp)	gen	
olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg cap, 6-25 mg cap, 6-50 mg cap, 12-25 mg cap, 12-50 mg cap)	gen	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	spec	QL (28 PER 365 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	spec	QL (14 PER 365 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA		
EMSAM (6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR)	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN 10 MG TAB	npd	
PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB	gen	
tranylcypromine sulfate 10 mg tab	gen	
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)/INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (SNRI)		
citalopram hydrobromide (10 mg tab, 10 mg/5ml solution, 20 mg tab, 20 mg/10ml solution, 40 mg tab)	gen	
desvenlafaxine succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
desvenlafaxine succinate er 100 mg tab 24h	gen	QL (4 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
escitalopram oxalate (5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 20 mg tab)	gen	
FETZIMA (20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H, 120 MG CAP ER 24H)	npd	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	npd	QL (28 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
fluoxetine hcl (10 mg cap, 10 mg tab, 20 mg cap, 20 mg tab, 20 mg/5ml solution, 40 mg cap)	gen	
FLUOXETINE HCL (PMDD) (10 MG TAB, 20 MG TAB)	gen	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	gen	QL (4 PER 28 DAYS)
fluvoxamine maleate 100 mg tab	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
fluvoxamine maleate 25 mg tab	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
fluvoxamine maleate 50 mg tab	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
fluvoxamine maleate er (er 100 mg cap er, er 150 mg cap er)	gen	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)	gen	
paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	gen	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
paroxetine hcl er (er 12.5 mg tab er, er 25 mg tab er, er 37.5 mg tab er)	gen	
paroxetine mesylate 7.5 mg cap	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	spec	QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sertraline hcl (20 mg/ml conc, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	gen	
trazodone hcl (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)	gen	
TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB)	npd	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap er, er 150 mg cap er)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl er (er 75 mg cap er, er 75 mg tab er)	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl er 150 mg tab 24h	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl er 37.5 mg tab 24h	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
TRICÍCLICOS		
amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
amoxapine (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	gen	
clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
desipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	gen	
doxepin hcl (doxepin hcl 150 mg cap, doxepin hcl 10 mg cap, doxepin hcl 10 mg/ml conc, doxepin hcl 25 mg cap, doxepin hcl 50 mg cap, doxepin hcl 75 mg cap, doxepin hcl 100 mg cap, doxepin hcl 150 mg cap, doxepin hcl 10 mg/ml conc)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
nortriptyline hcl (10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	gen	
protriptyline hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	gen	
trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIEMÉTICOS		
ANTIEMÉTICOS, OTROS		
compro 25 mg suppos	gen	
doxylamine-pyridoxine 10-10 mg tab dr	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)	gen	
metoclopramide hcl (5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg tab, 10 mg/10ml solution)	gen	
METOCLOPRAMIDE HCL 5 MG TAB DISP	gen	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
metoclopramide hcl 5 mg/ml solution	inj	
perphenazine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab)	gen	
prochlorperazine 25 mg suppos	gen	
prochlorperazine maleate (5 mg tab, 10 mg tab)	gen	
promethazine hcl (12.5 mg suppos, 12.5 mg tab, 25 mg suppos, 25 mg tab, 50 mg tab)	gen	PA
promethegan (12.5 mg suppos, 25 mg suppos)	gen	PA
scopolamine 1 mg/3days patch 72hr	gen	
trimethobenzamide hcl 300 mg cap	gen	
COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGÉNICA		
aprepitant (80 & 125 mg cap thpk, 80 mg cap, 125 mg cap)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
aprepitant 40 mg cap	gen	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	gen	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
granisetron hcl 1 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 4 mg tab disp	gen	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ondansetron 8 mg tab disp	gen	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	gen	QL (15 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 4 mg tab	gen	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 4 mg/5ml solution	gen	QL (30 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 8 mg tab	gen	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIFÚNGICOS

ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
amphotericin b liposome 50 mg recon susp	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)	gen	
CRESEMBA 186 MG CAP	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CRESEMBA 74.5 MG CAP	spec	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
econazole nitrate 1 % cream	gen	
fluconazole (10 mg/ml recon susp, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	gen	
fluconazole in sodium chloride (in 200-0.9 mg/100ml-%, in 400-0.9 mg/200ml-%)	inj	
flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)	gen	
griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)	gen	
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	gen	
GYNAZOLE-1 2 % CREAM	gen	
itraconazole 10 mg/ml solution	gen	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
itraconazole 100 mg cap	gen	
ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)	gen	
klayesta 100000 unit/gm powder	gen	
LULICONAZOLE 1 % CREAM	gen	ST
micafungin sodium (micafungin sodium 50 mg recon soln, micafungin sodium 100 mg recon soln, micafungin sodium 50 mg recon soln, micafungin sodium 100 mg recon soln)	inj	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	gen	
naftifine hcl (naftifine hcl 2 % cream, naftifine hcl 1 % cream)	gen	ST
nyamyc 100000 unit/gm powder	gen	
nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/gm powder, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)	gen	
nystop 100000 unit/gm powder	gen	
oxiconazole nitrate 1 % cream	gen	ST
posaconazole 100 mg tab dr	gen	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
posaconazole 40 mg/ml suspension	gen	PA
terbinafine hcl 250 mg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream, 80 mg suppos)	gen	
voriconazole (40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 200 mg tab)	gen	PA
voriconazole (voriconazole 200 mg recon soln, voriconazole 200 mg recon soln)	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIGOTOSOS

allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)	gen	
colchicine (0.6 mg cap, 0.6 mg tab)	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
probenecid 500 mg tab	gen	

ANTIJAQUECOSOS

CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS

AIMOVIG (70 MG/ML SOLN A-INJ, 140 MG/ML SOLN A-INJ)	brd	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)	brd	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 /ML SOLN PRSYR	brd	PA, QL (3 PER 30 DAYS)
NURTEC 75 MG TAB DISP	spec	PA, QL (16 PER 30 DAYS)

ALCALOIDES DE ERGOTAMINA

dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution	gen	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB	gen	QL (40 PER 28 DAYS)
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOS	npd	QL (20 PER 30 DAYS)

AGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA (5-HT)

naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)	gen	QL (18 PER 30 DAYS)
rizatriptan benzoate (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)	gen	QL (24 PER 30 DAYS)
sumatriptan (5 mg/act, 20 mg/act)	gen	QL (18 PER 30 DAYS)
sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	gen	QL (18 PER 30 DAYS)
sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)	gen	QL (8 PER 30 DAYS)
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	gen	QL (8 PER 30 DAYS)
zolmitriptan (2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)	gen	QL (18 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIMIASTÉNICOS		
PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
pyridostigmine bromide (pyridostigmine bromide 30 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution)	gen	
pyridostigmine bromide er 180 mg tab	gen	
ANTIMICOBACTERIANOS		
ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS		
dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)	gen	
rifabutin 150 mg cap	gen	
ANTITUBERCULOSOS		
ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	gen	
isoniazid (50 mg/5ml syrup, 100 mg tab, 300 mg tab)	gen	
pyrazinamide 500 mg tab	gen	
rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)	gen	
rifampin 600 mg recon soln	inj	
rifapentine 150 mg tab	gen	
SIRTURO (20 MG TAB, 100 MG TAB)	spec	PA
TRECATOR 250 MG TAB	npd	
ANTINEOPLÁSICOS		
ALQUILANTES		
CYCLOPHOSPHAMIDE (CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TAB, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TAB)	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LEUKERAN 2 MG TAB	brd	
lomustine (10 mg cap, 40 mg cap, 100 mg cap)	brd	
MATULANE 50 MG CAP	brd	LA
MELPHALAN 2 MG TAB	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIANDRÓGENOS		
abiraterone acetate 250 mg tab	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abiraterone acetate 500 mg tab	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abirtega 250 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bicalutamide 50 mg tab	gen	
ERLEADA 240 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EULEXIN 125 MG CAP	gen	
FLUTAMIDE 125 MG CAP	gen	
nilutamide (nilutamide 150 mg tab, nilutamide 150 mg tab)	spec	QL (1 PER 1 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIANGIOGÉNICOS		
lenalidomide (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 100 MG CAP	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 50 MG CAP	spec	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES		
fulvestrant (fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr, fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr)	spec	
INLURIYO 200 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	npd	
tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)	gen	
toremifene citrate 60 mg tab	gen	
VEPPANU (100 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIMETABOLITOS		
mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension	spec	PA - FOR NEW STARTS ONLY
mercaptopurine 50 mg tab	gen	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	spec	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID LOID 40 MG	brd	
ANTINEOPLÁSICOS, OTHER		
AKEEGA (50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
AUGTYRO 40 MG CAP	spec	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI PEN 500 MCG/0.5ML SOLN	spec	LA, QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	spec	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	spec	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
hydroxyurea 500 mg cap	gen	
INQOVI 35-100 MG TAB	spec	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IWILFIN 192 MG TAB	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB	gen	
leucovorin calcium (100 mg soln, 350 mg soln)	inj	
leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)	gen	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	spec	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	spec	LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	brd	
MODEYSO 125 MG CAP	spec	LA, QL (20 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZENBEXUS (0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	spec	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN		
anastrozole 1 mg tab	gen	
exemestane 25 mg tab	gen	
letrozole 2.5 mg tab	gen	
INHIBIDORES DE ENZIMAS		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER	spec	LA, QL (66 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 100 MG CAP	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 25 MG CAP	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 240 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES		
ALECENSA 150 MG CAP	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	spec	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	spec	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BOSULIF 50 MG CAP	spec	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 500 MG TAB	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib (400 mg tab, 500 mg tab)	spec	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib 100 mg tab	spec	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 160 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 KIT	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 & 80 KIT	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 KIT	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	spec	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	spec	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DAURISMO 100 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
erlotinib hcl 25 mg tab	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2 mg tab, 3 mg tab, 5 mg tab)	spec	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (7.5 mg tab, 10 mg tab)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	spec	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
gefitinib 250 mg tab	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG CAP	spec	LA, QL (126 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG TAB SOL	spec	LA, QL (168 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 2 MG CAP	spec	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HERNEXEOS 60 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HYRNUO 10 MG TAB	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (75 MG CAP, 75 MG TAB, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB)	spec	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	spec	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
IBTROZI 200 MG CAP	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (50 MG TAB, 100 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
imatinib mesylate 100 mg tab	npd	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
imatinib mesylate 400 mg tab	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (140 MG CAP, 140 MG TAB)	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (70 MG CAP, 280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	spec	LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	spec	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H, 33 MG TAB ER 24H, 44 MG TAB ER 24H, 55 MG TAB ER 24H)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 100 MG TAB	spec	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
JIDEYTRO 25 MG TAB	spec	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) (TAB THPK	spec	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 TAB THPK	spec	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 TAB THPK	spec	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) (& 2.5 TAB THPK	spec	QL (49 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK	spec	QL (70 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK	spec	QL (91 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOMZIFTI 200 MG CAP	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	spec	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	spec	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
lapatinib ditosylate 250 mg tab	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) CAP THPK	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 CAP THPK	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) (110 & CAP THPK	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 & 2 X 4 CAP THPK	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) (0 X 10 CAP THPK	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) (X 10 & CAP THPK	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) (CAP THPK	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 CAP THPK	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (125 MG DOSE) (X & X 00 CAP THPK	spec	LA, QL (18 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (150 MG DOSE) (50 2 X 25 & X 00 CAP THPK	spec	LA, QL (27 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	spec	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 240 MG TAB	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	spec	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	spec	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	spec	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	spec	LA, QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
nilotinib hcl (50 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap)	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	spec	QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 100 MG TAB	spec	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	spec	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pazopanib hcl 200 mg tab	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PAZOPANIB HCL 400 MG TAB	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB)	spec	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) (TAB THPK	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & TAB THPK	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 TAB THPK	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (80 MG TAB, 120 MG TAB, 160 MG TAB)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG CAP	spec	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 80 MG CAP	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 110 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
REVUFORJ 160 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 25 MG TAB	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	spec	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	spec	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	spec	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	spec	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	spec	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	spec	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sorafenib tosylate 200 mg tab	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 12.5 mg cap	spec	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 25 mg cap	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	spec	LA, QL (30 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	spec	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (50 MG TAB, 150 MG TAB)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 125 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	spec	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	brd	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	spec	LA, QL (84 PER 365 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VITRAKVI 100 MG CAP	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	spec	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 50 MG CAP SPRINK, 200 MG CAP, 250 MG CAP)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 TAB THPK	spec	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 TAB THPK	spec	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	spec	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) TAB THPK	spec	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	spec	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	spec	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 TAB THPK	spec	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	spec	QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	spec	LA, QL (32 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ZELBORAF 240 MG TAB	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETINOIDES		
bexarotene 1 % gel	spec	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bexarotene 75 mg cap	spec	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tretinoin 10 mg cap	gen	
COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO		
mesna 400 mg tab	gen	
VONJO 100 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIPARASITARIOS		
ANTIHELMÍNTICOS		
albendazole 200 mg tab	npd	
ivermectin 3 mg tab	gen	
praziquantel 600 mg tab	gen	
ANTIPROTOZOICOS		
atovaquone 750 mg/5ml suspension	gen	PA
atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)	gen	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	npd	QL (240 PER 365 DAYS)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	npd	QL (720 PER 365 DAYS)
chloroquine phosphate (chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 500 mg tab)	gen	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	brd	QL (24 PER 2 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab)	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
IMPAVIDO 50 MG CAP	spec	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
mefloquine hcl 250 mg tab	gen	
nitazoxanide 500 mg tab	gen	PA, QL (6 PER 3 DAYS)
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	gen	
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
primaquine phosphate (primaquine phosphate 26.3 base mg tab, primaquine phosphate 26.3 base mg tab)	gen	
pyrimethamine 25 mg tab	spec	PA
quinine sulfate 324 mg cap	gen	QL (6 PER 1 DAYS)

ANTIPARKINSONIANOS

ANTICOLINÉRGICOS

benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	gen	
benztropine mesylate 1 mg/ml solution	inj	
trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution)	gen	
carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)	gen	
entacapone 200 mg tab	gen	QL (8 PER 1 DAYS)
AGONISTAS DE LA DOPAMINA		
apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart	spec	PA
bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)	gen	
pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)	gen	
pramipexole dihydrochloride er (er 0.375 mg tab er, er 0.75 mg tab er, er 1.5 mg tab er, er 2.25 mg tab er, er 3 mg tab er, er 3.75 mg tab er, er 4.5 mg tab er)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)	gen	
ropinirole hcl er (er 2 mg tab er, er 4 mg tab er, er 6 mg tab er)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
ropinirole hcl er 12 mg tab 24h	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
ropinirole hcl er 8 mg tab 24h	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
PRECURSORES DE LA DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA L-AMINOÁCIDO DESCARBOXILASA		
carbidopa 25 mg tab	gen	
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab, 25-250 mg tab disp)	gen	
carbidopa-levodopa er (er 25-100 mg tab er, er 50-200 mg tab er)	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)		
rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)	gen	
ANTIPSICÓTICOS		
PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS		
chlorpromazine hcl (25 mg/ml, 50 mg/2ml)	inj	
chlorpromazine hcl (chlorpromazine hcl 10 mg tab, chlorpromazine hcl 25 mg tab, chlorpromazine hcl 30 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 50 mg tab, chlorpromazine hcl 100 mg tab, chlorpromazine hcl 100 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 200 mg tab, chlorpromazine hcl 30 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 100 mg/ml conc)	gen	
fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution	inj	
fluphenazine hcl (fluphenazine hcl 1 mg tab, fluphenazine hcl 2.5 mg tab, fluphenazine hcl 5 mg tab, fluphenazine hcl 10 mg tab, fluphenazine hcl 2.5 mg/5ml elixir, fluphenazine hcl 5 mg/ml conc)	gen	
FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML SOLUTION	inj	
haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	gen	
haloperidol decanoate (50 mg/ml, 100 mg/ml)	inj	
haloperidol lactate 2 mg/ml conc	gen	
haloperidol lactate 5 mg/ml solution	brd	
loxapine succinate (5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	gen	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	gen	QL (8 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	gen	QL (9 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)	gen	
thioridazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
thiothixene (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	gen	
trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	gen	
SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
aripiprazole (5 mg tab, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
aripiprazole 1 mg/ml solution	gen	QL (25 PER 1 DAYS)
aripiprazole 2 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
asenapine maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	gen	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	spec	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK A BYSNTI TITRTION PCK 1 & 2 & 4 & 6 MG TB THPK	spec	QL (16 PER 365 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK B YSANTI 1 & 2 & 6 & 8 MG TATHPK	spec	QL (24 PER 365 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK C PAK 1 & 2 & 6 MG TAB THPK	spec	QL (16 PER 365 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	spec	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	spec	QL (4.5 ML PER 365 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	inj	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	npd	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK A FNPT TITRTION PCK 1 & 2 & 4 & 6 MG TB	npd	QL (8 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TA	npd	QL (12 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK C PAK 1 & 2 & 6 MG TAB	npd	QL (8 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (3.5 PER 180 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	spec	QL (5 PER 180 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	spec	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	inj	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.88 PER 84 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.32 PER 84 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.75 PER 84 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	spec	QL (2.63 PER 84 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 120 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
lurasidone hcl 80 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
olanzapine (2.5 mg tab, 5 mg tab, 5 mg tab disp, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 15 mg tab, 15 mg tab disp, 20 mg tab, 20 mg tab disp)	gen	
olanzapine 10 mg recon soln	inj	
OPIPZA (5 MG FILM, 10 MG FILM)	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OPIPZA 2 MG FILM	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er (er 1.5 mg tab er, er 3 mg tab er, er 9 mg tab er)	gen	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er 6 mg tab 24h	gen	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (90 MG PRSYR, 120 MG PRSYR)	spec	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
quetiapine fumarate (quetiapine fumarate 25 mg tab, quetiapine fumarate 50 mg tab, quetiapine fumarate 150 mg tab, quetiapine fumarate 100 mg tab, quetiapine fumarate 200 mg tab, quetiapine fumarate 300 mg tab, quetiapine fumarate 400 mg tab)	gen	
quetiapine fumarate er (er 50 mg tab er, er 150 mg tab er, er 200 mg tab er, er 300 mg tab er, er 400 mg tab er)	gen	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
risperidone (risperidone 0.25 mg tab, risperidone 0.5 mg tab, risperidone 0.5 mg tab disp, risperidone 1 mg tab, risperidone 1 mg tab disp, risperidone 1 mg/ml solution, risperidone 2 mg tab, risperidone 2 mg tab disp, risperidone 3 mg tab, risperidone 3 mg tab disp, risperidone 4 mg tab disp, risperidone 0.25 mg tab disp, risperidone 4 mg tab)	gen	
risperidone microspheres er (er 12.5 mg, er 25 mg)	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
risperidone microspheres er (er 37.5 mg, er 50 mg)	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	npd	QL (7 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	gen	
ziprasidone mesylate 20 mg recon soln	inj	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (50-20 MG CAP, 100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	spec	QL (112 PER 365 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RESISTENTES AL TRATAMIENTO		
clozapine (12.5 mg tab disp, 25 mg tab, 25 mg tab disp, 50 mg tab, 100 mg tab, 100 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab, 200 mg tab disp)	gen	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	spec	QL (18 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIESPÁSTICOS		
baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)	gen	
baclofen 15 mg tab	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
baclofen 5 mg tab	gen	QL (16 PER 1 DAYS)
dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	gen	
tizanidine hcl (2 mg cap, 2 mg tab, 4 mg cap, 4 mg tab, 6 mg cap)	gen	
ANTIVÍRICOS		
ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)		
LIVTENCITY 200 MG TAB	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS (20 MG PACKET, 120 MG PACKET)	spec	QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	spec	QL (200 PER 365 DAYS)
valganciclovir hcl 450 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln	gen	QL (18 PER 1 DAYS)
ANTIHEPATÍTICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)		
adefovir dipivoxil 10 mg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	brd	QL (21 PER 1 DAYS)
entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	brd	
lamivudine 100 mg tab	gen	
ANTIHEPÁTICOS CONTRA LA HEPATITIS C		
MAVYRET 100-40 MG TAB	spec	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	spec	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	gen	
ribavirin (ribavirin 6 gm recon soln, ribavirin 6 gm recon soln)	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
BIXLENVO 75-50 MG TAB	npd	QL (30 PER 30 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS (25 MG CHEW TAB, 100 MG CHEW TAB)	brd	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	brd	QL (4 PER 1 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	brd	QL (6 PER 1 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NO NUCLEOSÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	brd	QL (6 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 200 MG CAP	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 50 MG CAP	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
efavirenz 600 mg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
efavirenz-lamivudine-tenofovir (efavirenz-lamivudine-tenofovir 400-300-300 mg tab, efavirenz-lamivudine-tenofovir 600-300-300 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
etravirine 100 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
etravirine 200 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	brd	QL (12 PER 1 DAYS)
nevirapine 200 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	gen	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER 100 MG TAB 24H	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
nevirapine er 400 mg tab 24h	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	npd	QL (2 PER 1 DAYS)
rilpivirine hcl 25 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NUCLEOSÍDICOS Y NUCLEOTÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NRTI)		
abacavir sulfate 20 mg/ml solution	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
abacavir sulfate 300 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
emtricitabine 200 mg cap	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	brd	QL (24 PER 1 DAYS)
lamivudine (10 mg/ml, 300 mg/30ml)	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
lamivudine 150 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
lamivudine 300 mg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
STAVUDINE (15 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP, 40 MG CAP)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	npd	QL (6 PER 1 DAYS)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	brd	QL (240 PER 30 DAYS)
zidovudine 100 mg cap	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
zidovudine 300 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
zidovudine 50 mg/5ml syrup	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS		
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	spec	QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	spec	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
IDVYNSO 100-0.25 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
maraviroc 150 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
maraviroc 300 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	npd	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY (25 MG TAB, 75 MG TAB)	brd	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	brd	QL (60 PER 1 DAYS)
SUNLENCA 300 MG TAB	spec	LA, QL (24 PER 168 DAYS)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	spec	QL (4 PER 180 DAYS)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	spec	QL (3 PER 180 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	spec	QL (5 PER 180 DAYS)
TYBOST 150 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
APTIVUS 250 MG CAP	brd	QL (4 PER 1 DAYS)
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
atazanavir sulfate 300 mg cap	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
darunavir 600 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
darunavir 800 mg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
fosamprenavir calcium 700 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	npd	QL (13 PER 1 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	brd	QL (56 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab	gen	QL (10 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution	gen	QL (13 PER 1 DAYS)
NORVIR 100 MG CAP	brd	
NORVIR 100 MG PACKET	brd	QL (12 PER 1 DAYS)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	brd	QL (15 PER 1 DAYS)
PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	brd	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	brd	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	brd	QL (10 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	brd	QL (8 PER 1 DAYS)
ritonavir 100 mg tab	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	brd	QL (9 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	brd	QL (4 PER 1 DAYS)
ANTIGRIPALES		
oseltamivir phosphate 30 mg cap	gen	QL (120 PER 180 DAYS)
oseltamivir phosphate 45 mg cap	gen	QL (42 PER 180 DAYS)
oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp	gen	QL (1080 PER 365 DAYS)
oseltamivir phosphate 75 mg cap	gen	QL (60 PER 180 DAYS)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	brd	QL (60 PER 180 DAYS)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
XOFLUZA (40 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	npd	QL (2 PER 30 DAYS)
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	npd	QL (1 PER 30 DAYS)
ANTIHERPÉTICOS		
acyclovir (200 mg cap, 200 mg/5ml suspension, 400 mg tab, 800 mg tab, 800 mg/20ml suspension)	gen	
acyclovir sodium 50 mg/ml solution	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)	gen	
valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)	gen	
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
LAGEVRIO 200 MG CAP	spec	QL (40 PER 30 DAYS)
PAXLOVID (150/100) MG & 0MG TAB THPK	gen	QL (20 PER 30 DAYS)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 10 MG 100MG TAB THPK	gen	QL (11 PER 30 DAYS)
PAXLOVID (300/100) 20 150 MG & 0MG TAB THPK	gen	QL (30 PER 30 DAYS)
ANSIOLÍTICOS		
ANSIOLÍTICOS, OTROS		
buspirone hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab)	gen	
meprobamate (200 mg tab, 400 mg tab)	gen	
BENZODIACEPINAS		
alprazolam (0.25 mg tab, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab, 1 mg tab disp)	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
alprazolam (2 mg tab, 2 mg tab disp)	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
alprazolam er (er 0.5 mg tab er, er 1 mg tab er, er 3 mg tab er)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
alprazolam er 2 mg tab 24h	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML CONC	gen	QL (10 PER 1 DAYS)
alprazolam xr (0.5 mg tab er, 1 mg tab er, 3 mg tab er)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
alprazolam xr 2 mg tab er 24h	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab, 0.5 mg tab disp)	gen	QL (40 PER 1 DAYS)
clonazepam (1 mg tab, 1 mg tab disp)	gen	QL (20 PER 1 DAYS)
clonazepam (2 mg tab, 2 mg tab disp)	gen	QL (10 PER 1 DAYS)
clorazepate dipotassium 15 mg tab	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
clorazepate dipotassium 3.75 mg tab	gen	QL (24 PER 1 DAYS)
clorazepate dipotassium 7.5 mg tab	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
diazepam 10 mg tab	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
diazepam 2 mg tab	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
diazepam 5 mg/5ml solution	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
diazepam intensol 5 mg/ml conc	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
lorazepam (2 mg tab, 2 mg/ml conc)	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
lorazepam 0.5 mg tab	gen	QL (20 PER 1 DAYS)
lorazepam 1 mg tab	gen	QL (10 PER 1 DAYS)
lorazepam intensol 2 mg/ml conc	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
oxazepam (10 mg cap, 15 mg cap, 30 mg cap)	gen	QL (4 PER 1 DAYS)

BIPOLARES

ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO

EQUETRO (100 MG CAP ER 12H, 200 MG CAP ER 12H, 300 MG CAP ER 12H)	brd	
lithium 8 meq/5ml solution	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
lithium carbonate (lithium carbonate 150 mg cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 300 mg tab, lithium carbonate 600 mg cap, lithium carbonate 150 mg cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 600 mg cap)	gen	
lithium carbonate er (er 300 mg tab er, er 450 mg tab er)	gen	
REGULADORES DE LA GLUCEMIA		
ANTIDIABÉTICOS		
acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	gen	
dapagliflozin base-metformin er (er 5-500 mg tab er, er 10-1000 mg tab er, er 10-500 mg tab er)	gen	QL (30 PER 30 DAYS)
dapagliflozin base-metformin er 5-1000 mg tab 24h	gen	QL (60 PER 30 DAYS)
glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	gen	
glipizide (glipizide 2.5 mg tab, glipizide 5 mg tab, glipizide 10 mg tab)	gen	
glipizide er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)	gen	
glipizide xl (2.5 mg tab er, 5 mg tab er, 10 mg tab er)	gen	
glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	gen	
glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	gen	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	gen	
glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	gen	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
metformin hcl (500 mg tab, 850 mg tab, 1000 mg tab)	gen	
metformin hcl er (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er)	gen	
miglitol (miglitol 25 mg tab, miglitol 50 mg tab, miglitol 25 mg tab, miglitol 100 mg tab, miglitol 100 mg tab, miglitol 50 mg tab)	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
MOUNJARO (2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	brd	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)	gen	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) (MG/3ML SOLN PEN	brd	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN	brd	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	brd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	brd	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	gen	
pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)	gen	
repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
RYBELSUS (3 MG TAB, 7 MG TAB, 14 MG TAB)	brd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er (er 50-500 mg tab er, er 100-1000 mg tab er)	gen	QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er 50-1000 mg tab 24h	gen	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phos-metformin hcl (50-1000 mg tab, 50-500 mg tab)	gen	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY (5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR (5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	brd	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
GLUCÉMICOS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	brd	QL (2 PER 30 DAYS)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	brd	QL (2 PER 30 DAYS)
diazoxide 50 mg/ml suspension	gen	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	brd	QL (2 PER 2 DAYS)
glucagon emergency (glucagon emergency 1 mg recon soln, glucagon emergency 1 mg recon soln, glucagon emergency 1 mg/ml recon soln)	brd	QL (2 PER 2 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INSULINAS		
FIASP 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	INS
FIASP FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	INS
FIASP PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	brd	INS
FIASP PUMPCART 100 UNIT/ML SOLN	brd	INS
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	brd	INS
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	brd	INS
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	brd	INS
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN KWIK(50-50) 100 UNIT/ML SUSP	brd	INS
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	brd	INS
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN KWIK(75-25) 100 UNIT/ML SUSP	brd	INS
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	brd	INS
HUMULIN 70/30 KWIKPEN KWIK(70-30) 100 UNIT/ML SUSP	brd	INS
HUMULIN N 100 UIT/ML SUSPESIO	brd	INS
HUMULIN N KWIKPEN KWIK100 UIT/ML SUSP	brd	INS
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	INS
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) (CONCENTATED) UNIT/ML SOLUTION	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, INS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN KWIKUNIT/ML SOLN	brd	INS
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	INS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INSULIN ASPART FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN	brd	INS
INSULIN ASPART PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	brd	INS
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 /ML SOLN PEN	brd	INS
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	INS
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	brd	INS
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	INS
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	QL (40 PER 30 DAYS), INS
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (45 PER 30 DAYS), INS
NOVOLIN R FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN	brd	INS
NOVOLIN R FLEXPEN RELION FLEXELION 100 UNIT/ML SOLN	brd	INS
NOVOLOG 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	INS
NOVOLOG FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN	brd	INS
NOVOLOG FLEXPEN RELION FLEX100 UNIT/ML SOLN	brd	INS
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	brd	INS
NOVOLOG RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	INS
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (18 PER 28 DAYS), INS
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (18 PER 28 DAYS), INS
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	QL (30 PER 30 DAYS), INS
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (30 PER 30 DAYS), INS
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (27 PER 30 DAYS), INS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES		
ANTICOAGULANTES		
dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 110 mg cap, 150 mg cap)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (0.15 MG CAP SPRINK, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 TAB SOL	brd	QL (12 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 TAB SOL	brd	QL (16 PER 1 DAYS)
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	brd	QL (4 PER 1 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	brd	QL (74 PER 180 DAYS)
enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)	inj	QL (60 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium (80 mg/0.8ml soln, 120 mg/0.8ml soln)	inj	QL (48 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr	inj	QL (18 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr	inj	QL (24 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr	inj	QL (36 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution	spec	QL (24 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution	inj	QL (15 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution	spec	QL (12 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution	spec	QL (18 PER 30 DAYS)
heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml, 5000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
jantoven (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	gen	
rivaroxaban 1 mg/ml recon susp	brd	QL (20 ML PER 1 DAYS)
rivaroxaban 2.5 mg tab	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
warfarin sodium (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	gen	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	brd	QL (20 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	brd	QL (51 PER 180 DAYS)
ZONTIVITY 2.08 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS		
anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)	gen	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 60 MCG/ML SOLUTION, 100 MCG/ML SOLUTION)	inj	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR)	spec	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR	spec	PA
eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)	spec	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
eltrombopag olamine 25 mg packet	spec	PA, QL (6 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
eltrombopag olamine 75 mg tab	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	spec	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	spec	PA
RETACRIT (2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION)	npd	PA
RETACRIT 40000 UNIT/ML SOLUTION	spec	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	spec	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	spec	PA
HEMOSTÁTICOS		
MEPHYTON 5 MG TAB	brd	QL (5 PER 7 DAYS), EDC
phytonadione 5 mg tab	gen	QL (5 PER 7 DAYS), EDC
tranexamic acid 650 mg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
MODIFICADORES PLAQUETARIOS		
aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap 12h	gen	
cilostazol (50 mg tab, 100 mg tab)	gen	
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	gen	
prasugrel hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CARDIOVASCULARES		
AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA		
clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)	gen	
clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)	gen	
droxidopa 100 mg cap	npd	PA, QL (18 PER 1 DAYS)
droxidopa 200 mg cap	spec	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
droxidopa 300 mg cap	spec	PA, QL (84 PER 90 DAYS)
guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)	gen	
METHYLDOPA (METHYLDOPA 500 MG TAB, METHYLDOPA 250 MG TAB)	gen	
midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	gen	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA		
doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	gen	
prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	gen	
terazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	gen	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)	gen	
irbesartan (75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)	gen	
losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	gen	
olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	gen	
telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
valsartan (40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab)	gen	
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)		
benazepril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	gen	
captopril (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	gen	
enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	gen	
enalapril maleate 1 mg/ml solution	gen	QL (40 PER 1 DAYS)
fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	gen	
lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	gen	
moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 mg tab)	gen	
PERINDOPRIL ERBUMINE (PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 8 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 4 MG TAB)	gen	
quinapril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	gen	
ramipril (1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	gen	
trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	gen	
ANTIARRÍTMICOS		
amiodarone hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)	gen	
digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
digox 125 mcg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
digoxin 62.5 mcg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
disopyramide phosphate (100 mg cap, 150 mg cap)	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)	gen	
flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	gen	
mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)	gen	
MULTAQ 400 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
pacerone (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)	gen	
propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)	gen	
propafenone hcl er (er 225 mg cap er, er 325 mg cap er, er 425 mg cap er)	gen	
quinidine gluconate er 324 mg tab	gen	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	gen	
sorine (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)	gen	
sotalol hcl (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab)	gen	
sotalol hcl (af) (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)	gen	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)	gen	
atenolol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	gen	
betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)	gen	
bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)	gen	
carvedilol (3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab)	gen	
carvedilol phosphate er (er 10 mg cap er, er 20 mg cap er, er 40 mg cap er, er 80 mg cap er)	gen	ST
labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
metoprolol succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)	gen	
metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	gen	
nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	gen	
nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	gen	
pindolol (5 mg tab, 10 mg tab)	gen	
propranolol hcl (propranolol hcl 40 mg/5ml solution, propranolol hcl 10 mg tab, propranolol hcl 20 mg tab, propranolol hcl 20 mg/5ml solution, propranolol hcl 40 mg tab, propranolol hcl 60 mg tab, propranolol hcl 80 mg tab)	gen	
propranolol hcl er (er 60 mg cap er, er 80 mg cap er, er 120 mg cap er, er 160 mg cap er)	gen	
timolol maleate (timolol maleate 20 mg tab, timolol maleate 5 mg tab, timolol maleate 10 mg tab, timolol maleate 20 mg tab, timolol maleate 5 mg tab)	gen	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHYDROPYRIDINES		
amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	gen	
felodipine er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)	gen	
isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)	gen	
nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)	gen	
nifedipine (10 mg cap, 20 mg cap)	gen	
nifedipine er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)	gen	
nifedipine er osmotic release (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
nimodipine 30 mg cap	gen	
nisoldipine er (nisoldipine er 17 mg tab er 24h, nisoldipine er 34 mg tab er 24h, nisoldipine er 8.5 mg tab er 24h, nisoldipine er 20 mg tab er 24h, nisoldipine er 25.5 mg tab er 24h, nisoldipine er 30 mg tab er 24h, nisoldipine er 40 mg tab er 24h, nisoldipine er 8.5 mg tab er 24h, nisoldipine er 17 mg tab er 24h, nisoldipine er 34 mg tab er 24h)	gen	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NONDIHYDROPYRIDINES		
cartia xt (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er, 300 mg cap er)	gen	
dilt-xr (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er)	gen	
diltiazem hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab)	gen	
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	gen	
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	gen	
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	gen	
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	gen	
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	gen	
diltiazem hcl er (er 60 mg cap er 12h, er 90 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 24h, er 120 mg tab er 24h, er 180 mg cap er 24h, er 180 mg tab er 24h, er 240 mg cap er 24h, er 240 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h, er 360 mg tab er 24h, er 420 mg tab er 24h)	gen	
diltiazem hcl er beads 420 mg cap 24h	gen	
matzim la (180 mg tab er, 240 mg tab er, 300 mg tab er, 360 mg tab er, 420 mg tab er)	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
taztia xt (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er, 300 mg cap er, 360 mg cap er)	gen	
tiadylt er (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er, er 300 mg cap er, er 360 mg cap er, er 420 mg cap er)	gen	
verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)	gen	
VERAPAMIL HCL ER (VERAPAMIL HCL ER 120 MG CAP ER 24H, VERAPAMIL HCL ER 120 MG TAB ER, VERAPAMIL HCL ER 180 MG TAB ER, VERAPAMIL HCL ER 240 MG TAB ER, VERAPAMIL HCL ER 100 MG CAP ER 24H, VERAPAMIL HCL ER 180 MG CAP ER 24H, VERAPAMIL HCL ER 200 MG CAP ER 24H, VERAPAMIL HCL ER 300 MG CAP ER 24H, VERAPAMIL HCL ER 360 MG CAP ER 24H, VERAPAMIL HCL ER 240 MG CAP ER 24H)	gen	
CARDIOVASCULARES, OTHER		
acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)	gen	
aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)	gen	
amiloride-hydrochlorothiazide (amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab, amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab)	gen	
amlodipine besy-benazepril hcl (2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap, 10-20 mg cap, 10-40 mg cap)	gen	
amlodipine besylate-valsartan (5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab)	gen	
amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab, 10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab)	gen	
amlodipine-valsartan-hctz (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)	gen	
atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)	gen	
benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	gen	
bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)	gen	
candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)	gen	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	gen	
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	npd	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)	gen	
ENTRESTO (6-6 MG CAP SPRINK, 15-16 MG CAP SPRINK)	brd	QL (8 PER 1 DAYS)
fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	gen	
irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)	gen	
isosorb dinitrate-hydralazine 20-37.5 mg tab	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	gen	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	gen	
losartan potassium-hctz (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)	gen	
metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
metyrosine 250 mg cap	spec	
olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	gen	
olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)	gen	
pentoxifylline er 400 mg tab	gen	
quinapril-hydrochlorothiazide (quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-25 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-25 mg tab)	gen	
ranolazine er (er 500 mg tab er, er 1000 mg tab er)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
sacubitril-valsartan (24-26 mg tab, 49-51 mg tab, 97-103 mg tab)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
spironolactone-hctz 25-25 mg tab	gen	
telmisartan-amlodipine (telmisartan-amlodipine 40-5 mg tab, telmisartan-amlodipine 80-5 mg tab, telmisartan-amlodipine 40-10 mg tab, telmisartan-amlodipine 80-10 mg tab, telmisartan-amlodipine 80-5 mg tab, telmisartan-amlodipine 40-10 mg tab, telmisartan-amlodipine 40-5 mg tab, telmisartan-amlodipine 80-10 mg tab)	gen	
telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)	gen	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (ER 1-240 MG TAB ER, ER 2-180 MG TAB ER, ER 2-240 MG TAB ER, ER 4-240 MG TAB ER)	gen	
triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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)	gen	
VECAMYL 2.5 MG TAB	gen	
VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
DIURÉTICOS, ASA		
bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	gen	
bumetanide 0.25 mg/ml solution	inj	
furosemide (furosemide 10 mg/ml solution, furosemide 10 mg/ml solution)	inj	
FUROSEMIDE (FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 40 MG TAB, FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 20 MG TAB, FUROSEMIDE 80 MG TAB)	gen	
torsemide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)	gen	
DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO		
amiloride hcl 5 mg tab	gen	
eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)	gen	
spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	gen	
triamterene (50 mg cap, 100 mg cap)	gen	ST
DIURÉTICOS, TIAZIDAS		
chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)	gen	
hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	gen	
indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)	gen	
metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO		
fenofibrate (fenofibrate 120 mg tab, fenofibrate 50 mg cap, fenofibrate 48 mg tab, fenofibrate 54 mg tab, fenofibrate 67 mg cap, fenofibrate 134 mg cap, fenofibrate 145 mg tab, fenofibrate 150 mg cap, fenofibrate 40 mg tab, fenofibrate 160 mg tab, fenofibrate 200 mg cap)	gen	
fenofibrate micronized (43 mg cap, 67 mg cap, 130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap)	gen	
fenofibric acid (45 mg cap dr, 135 mg cap dr)	gen	
gemfibrozil 600 mg tab	gen	
DISLIPIDÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HIDROXIMETILGLUTARIL-COENZIMA A (HMG-COA) REDUCTASA		
atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	gen	
fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)	gen	
fluvastatin sodium er 80 mg tab 24h	gen	
lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	gen	
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	gen	
rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	gen	
simvastatin (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	gen	
DISLIPIDÉMICOS, OTROS		
cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	gen	
cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	gen	
colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)	gen	
colestipol hcl (1 gm tab, 5 gm granules, 5 gm packet)	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ezetimibe 10 mg tab	gen	
ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)	gen	
icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	gen	
niacin er (antihyperlipidemic) (er 750 mg tab er, er 1000 mg tab er)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	gen	
omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	gen	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	brd	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	brd	PA
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	brd	PA
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
dapagliflozin (5 mg tab, 10 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA		
hydralazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	gen	
minoxidil (2.5 mg tab, 10 mg tab)	gen	
VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA/VENOUS		
isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	gen	
isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
isosorbide mononitrate er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 120 mg tab er)	gen	
nitro-bid 2 % ointment	gen	
NITRO-DUR (0.3 MG/HR PATCH 24HR, 0.8 MG/HR PATCH 24HR)	brd	
NITRO-TIME (2.5 MG CAP ER, 6.5 MG CAP ER, 9 MG CAP ER)	gen	
nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/spray solution, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr, 2 % ointment)	gen	
nitroglycerin 0.4 % ointment	gen	QL (30 PER 30 DAYS)
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL		
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS ANFETAMÍNICOS CONTRA EL		
amphetamine sulfate 10 mg tab	gen	ST, QL (6 PER 1 DAYS)
amphetamine sulfate 5 mg tab	gen	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphet er (er 5 mg cap er, er 10 mg cap er, er 15 mg cap er, er 20 mg cap er, er 25 mg cap er, er 30 mg cap er)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab)	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab)	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 15 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 20 mg tab	gen	QL (3 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
dextroamphetamine sulfate 30 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 5 mg/5ml solution	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate er 10 mg cap 24h	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap 24h	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap 24h	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
lisdexamfetamine dimesylate (10 mg cap, 10 mg chew tab, 20 mg cap, 20 mg chew tab, 30 mg cap, 30 mg chew tab, 40 mg cap, 40 mg chew tab, 50 mg cap, 50 mg chew tab, 60 mg cap, 60 mg chew tab, 70 mg cap)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
procentra 5 mg/5ml solution	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
zenzedi (5 mg tab, 10 mg tab)	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
zenzedi 15 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
zenzedi 20 mg tab	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
zenzedi 30 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS NO ANFETAMÍNICOS CONTRA EL		
atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
atomoxetine hcl (60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
atomoxetine hcl 40 mg cap	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
clonidine hcl er 0.1 mg tab 12h	gen	
dexmethylphenidate hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
dexmethylphenidate hcl er (er 5 mg cap er, er 10 mg cap er, er 15 mg cap er, er 20 mg cap er, er 25 mg cap er, er 30 mg cap er, er 35 mg cap er, er 40 mg cap er)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
guanfacine hcl er (er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er, er 4 mg tab er)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
methylphenidate hcl (10 mg chew tab, 10 mg tab)	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab, 20 mg tab)	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg/5ml solution	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl 5 mg tab	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl 5 mg/5ml solution	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er (cd) (er 10 mg cap er, er 20 mg cap er, er 40 mg cap er, er 50 mg cap er, er 60 mg cap er)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er (cd) 30 mg cap	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er (la) (er 20 mg cap er, er 30 mg cap er, er 40 mg cap er, er 60 mg cap er)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er (la) 10 mg cap 24h	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
METHYLPHENIDATE HCL ER (METHYLPHENIDATE HCL ER 36 MG TAB ER 24H, METHYLPHENIDATE HCL ER 36 MG TAB ER)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
METHYLPHENIDATE HCL ER (METHYLPHENIDATE HCL ER 54 MG TAB ER, METHYLPHENIDATE HCL ER 54 MG TAB ER 24H, METHYLPHENIDATE HCL ER 18 MG TAB ER, METHYLPHENIDATE HCL ER 18 MG TAB ER 24H, METHYLPHENIDATE HCL ER 27 MG TAB ER, METHYLPHENIDATE HCL ER 27 MG TAB ER 24H)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er (osm) (er 18 mg tab er, er 27 mg tab er, er 54 mg tab er)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er (osm) 36 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er 10 mg tab	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er 20 mg tab	gen	QL (3 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
methylphenidate hcl er(diffus) (methylphenidate hcl er(diffus) 27 mg tab er, methylphenidate hcl er(diffus) 27 mg tab er, methylphenidate hcl er(diffus) 54 mg tab er, methylphenidate hcl er(diffus) 54 mg tab er)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er(diffus) (methylphenidate hcl er(diffus) 36 mg tab er, methylphenidate hcl er(diffus) 36 mg tab er)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab	gen	PA, QL (48 PER 30 DAYS), NDS
butalbital-acetaminophen (50-300 mg cap, 50-325 mg tab)	gen	PA, QL (48 PER 30 DAYS), NDS
butalbital-apap-caffeine (50-300-40 mg cap, 50-325-40 mg cap, 50-325-40 mg tab)	gen	PA, QL (48 PER 30 DAYS), NDS
dextromethorphan-quinidine 20-10 mg cap	gen	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
esgic 50-325-40 mg cap	gen	PA, QL (48 PER 30 DAYS), NDS
riluzole 50 mg tab	gen	
TENCON 50-325 MG TAB	gen	PA, QL (48 PER 30 DAYS), NDS
tetrabenazine 12.5 mg tab	npd	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
tetrabenazine 25 mg tab	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VEOZAH 45 MG TAB	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
zebutal 50-325-40 mg cap	gen	PA, QL (48 PER 30 DAYS), NDS
FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP	npd	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP	npd	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP	npd	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP	npd	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
duloxetine hcl (40 mg dr, 60 mg dr)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
duloxetine hcl 20 mg cp dr part	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
duloxetine hcl 30 mg cp dr part	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
pregabalin (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
pregabalin 20 mg/ml solution	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
BETASERON 0.3 MG KIT	spec	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
dalfampridine er 10 mg tab 12h	brd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
dimethyl fumarate 120 mg cap dr	npd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
dimethyl fumarate 240 mg cap dr	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk	npd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
fingolimod hcl 0.5 mg cap	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr	spec	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr	spec	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
glatopa 20 mg/ml soln prsyr	spec	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatopa 40 mg/ml soln prsyr	spec	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
teriflunomide (7 mg tab, 14 mg tab)	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
BUCODENTALES		
cevimeline hcl 30 mg cap	gen	
chlorhexidine gluconate 0.12 % solution	gen	
kourzeq 0.1 % paste	gen	
oralone 0.1 % paste	gen	
periogard 0.12 % solution	gen	
pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	gen	
triamcinolone acetonide 0.1 % paste	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DERMATOLÓGICOS		
ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	gen	
acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)	gen	
adapalene (0.1 % cream, 0.3 % gel)	gen	PA
amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	gen	
azelaic acid 15 % gel	gen	QL (50 PER 30 DAYS)
benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel	gen	
claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	gen	
clindamycin phos-benzoyl perox (1-5 % gel, 1.2-5 % gel)	gen	
isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 30 mg cap, 35 mg cap, 40 mg cap)	gen	
myorisan (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	gen	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion	gen	
tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)	gen	
tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream)	gen	PA
zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	gen	
DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
ala-cort 1 % cream	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
alclometasone dipropionate (alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment, alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment)	gen	
ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)	gen	
ANUCORT-HC 25 MG SUPPOS	gen	EDC
ANUSOL-HC 25 MG SUPPOS	gen	EDC
betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	gen	
betamethasone dipropionate aug (betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream, betamethasone dipropionate aug 0.05 % lotion, betamethasone dipropionate aug 0.05 % gel, betamethasone dipropionate aug 0.05 % ointment)	gen	
betamethasone valerate (betamethasone valerate 0.1 % cream, betamethasone valerate 0.1 % lotion, betamethasone valerate 0.1 % ointment, betamethasone valerate 0.1 % lotion)	gen	
clobetasol prop emollient base 0.05 % cream	gen	
clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment, 0.05 % shampoo, 0.05 % solution)	gen	
clobetasol propionate 0.05 % liquid	gen	QL (250 PER 30 DAYS)
clodan 0.05 % shampoo	gen	
desonide (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	gen	
desoximetasone (0.05 % cream, 0.25 % cream, 0.25 % ointment)	gen	
DIFLORASONE DIACETATE 0.05 % CREAM	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
EUCRISA 2 % OINTMENT	npd	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.01 % solution, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)	gen	
fluocinolone acetonide body 0.01 % oil	gen	
fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil	gen	
fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)	gen	
fluocinonide emulsified base 0.05 % cream	gen	
fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)	gen	
halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	gen	QL (200 PER 28 DAYS)
HEMMOREX-HC 25 MG SUPPOS	gen	EDC
hydrocortisone (hydrocortisone 1 % cream, hydrocortisone 1 % ointment, hydrocortisone 2.5 % cream, hydrocortisone 2.5 % ointment, hydrocortisone 2.5 % lotion, hydrocortisone 2.5 % lotion)	gen	
hydrocortisone (perianal) (hydrocortisone (perianal) 1 % cream, hydrocortisone (perianal) 2.5 % cream)	gen	
hydrocortisone acetate (hydrocortisone acetate 25 mg suppos, hydrocortisone acetate 25 mg suppos)	gen	EDC
HYDROCORTISONE BUTYRATE (HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1 % OINTMENT, HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1 % SOLUTION, HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1 % OINTMENT)	gen	
hydrocortisone valerate (0.2 % cream, 0.2 % ointment)	gen	
mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
pimecrolimus 1 % cream	gen	QL (100 PER 30 DAYS)
procto-med hc 2.5 % cream	gen	
proctosol hc 2.5 % cream	gen	
proctozone-hc 2.5 % cream	gen	
selenium sulfide (selenium sulfide 2.5 % lotion, selenium sulfide 2.5 % lotion)	gen	
tacrolimus (0.03 %, 0.1 %)	gen	QL (100 PER 30 DAYS)
triamcinolone acetonide (triamcinolone acetonide 0.025 % cream, triamcinolone acetonide 0.025 % lotion, triamcinolone acetonide 0.025 % ointment, triamcinolone acetonide 0.1 % cream, triamcinolone acetonide 0.1 % lotion, triamcinolone acetonide 0.1 % ointment, triamcinolone acetonide 0.5 % cream, triamcinolone acetonide 0.5 % ointment, triamcinolone acetonide 0.025 % lotion)	gen	
triderm 0.5 % cream	gen	
DERMATOLÓGICOS, OTROS		
alcohol wipes 70 % misc	gen	
ANALPRAM HC 2.5-1 % LOTION	brd	
ANALPRAM-HC 2.5-1 % LOTION	brd	
AVAR-E EMOLLIENT 10-5 % CREAM	gen	EDC
avar-e green 10-5 % cream	gen	EDC
calcipotriene (calcipotriene 0.005 % ointment, calcipotriene 0.005 % solution, calcipotriene 0.005 % cream, calcipotriene 0.005 % solution)	gen	
calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % ointment	gen	PA, QL (400 PER 30 DAYS)
calcitrene 0.005 % ointment	gen	
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	gen	QL (800 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
clotrimazole-betamethasone (clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion)	gen	
cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc	gen	
EPIFOAM 1	brd	
fluorouracil (fluorouracil 5 % cream, fluorouracil 2 % solution, fluorouracil 5 % solution)	gen	
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE 1-1 % CREAM	gen	
imiquimod 5 % cream	gen	QL (24 PER 30 DAYS)
isopropyl alcohol 70 % misc	gen	
isopropyl alcohol wipes 70 % misc	gen	
medpura alcohol pads 70 % misc	gen	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	gen	
nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)	gen	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
OTEZLA XR 75 MG TAB ER 24H	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
podofilox (podofilox 0.5 % solution, podofilox 0.5 % solution)	gen	
PRAMOSONE (1-1 % LOTION, 1-2.5 % LOTION)	brd	
PROCTOFOAM HC PROCTO1	brd	
qc alcohol 70 % misc	gen	
ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc	gen	
REGRANEX 0.01 % GEL	brd	PA, QL (15 PER 2 DAYS)
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	brd	QL (180 PER 30 DAYS)
silver sulfadiazine 1 % cream	gen	
ssd 1 % cream	gen	
SSS 10-5 (10-5 10-5 % CREAM, 10-5 10-5 % FOAM)	gen	EDC

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SULFACETAMIDE SODIUM-SULFUR (SULFACETAMIDE SODIUM-SULFUR 10-5 % CREAM, SULFACETAMIDE SODIUM-SULFUR 10-5 % LOTION, SULFACETAMIDE SODIUM-SULFUR 10-5 % CREAM, SULFACETAMIDE SODIUM-SULFUR 10-5 % SUSPENSION)	gen	EDC
TOLAK 4 % CREAM	brd	
VALCHLOR 0.016 % GEL	spec	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS		
malathion 0.5 % lotion	gen	
permethrin 5 % cream	gen	
SPINOSAD 0.9 % SUSPENSION	gen	QL (240 PER 30 DAYS)
ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS		
acyclovir 5 % cream	gen	PA, QL (5 PER 30 DAYS)
acyclovir 5 % ointment	gen	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ciclodan 8 % solution	gen	
ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo, 8 % solution)	gen	
ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)	gen	
clindacin 1 % foam	gen	
clindacin etz 1 % swab	gen	
clindacin-p 1 % swab	gen	
clindamycin phos (once-daily) 1 % gel	gen	
clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel	gen	
clindamycin phosphate (1 % foam, 1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)	gen	
dapsone (5 % gel, 7.5 % gel)	gen	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ERY 2 % PAD	gen	
erythromycin (erythromycin 2 % gel, erythromycin 2 % gel, erythromycin 2 % solution)	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
mafenide acetate (mafenide acetate 5 % packet, mafenide acetate 5 % packet)	gen	
mupirocin 2 % ointment	gen	
penciclovir 1 % cream	gen	PA, QL (5 PER 30 DAYS)

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES

dextrose (dextrose 10 % solution, dextrose 5 % solution, dextrose 5 % solution, dextrose 10 % solution)	inj	
dextrose in lactated ringers in 5 % solution	inj	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	inj	
dextrose-sodium chloride (dextrose-sodium chloride 5-0.225 % solution, dextrose-sodium chloride 10-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 10-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.3 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.33 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution)	inj	
EFFER-K 25 MEQ TAB	gen	EDC
k-prime 25 meq effer tab	gen	EDC

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
kcl in dextrose-nacl (kcl in dextrose-nacl 20-5-0.2 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)	inj	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	inj	
klor-con (klor-con 8 meq tab er, klor-con 20 meq packet, klor-con 8 meq tab er)	gen	
klor-con 10 (klor-con 10 10 meq tab er, klor-con 10 10 meq tab er)	gen	
klor-con m10 meq tab er	gen	
klor-con m15 meq tab er	gen	
klor-con m20 meq tab er	gen	
klor-con/ef 25 meq effer tab	gen	EDC
lactated ringers (lactated ringers solution, lactated ringers solution)	inj	
magnesium sulfate (magnesium sulfate 50 % solution, magnesium sulfate 50 % solution)	inj	
MULTI-VIT-FLOR (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	EDC
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE/IRON 0.25-10 MG/ML SOLUTION	gen	EDC
MULTIVITAMIN W/FLUORIDE (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	EDC
MULTIVITAMIN/FLUORIDE (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	EDC
nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	brd	
POLY-VI-FLOR (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	EDC
potassium chloride (10 % solution, 20 meq packet, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)	gen	
potassium chloride (potassium chloride 20 meq/100ml solution, potassium chloride 40 meq/100ml solution, potassium chloride 10 meq/100ml solution, potassium chloride 20 meq/100ml solution, potassium chloride 40 meq/100ml solution, potassium chloride 2 meq/ml solution, potassium chloride 10 meq/100ml solution)	inj	
potassium chloride crys er (er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er)	gen	
potassium chloride er (potassium chloride er 8 meq cap er, potassium chloride er 8 meq tab er, potassium chloride er 10 meq cap er, potassium chloride er 8 meq tab er, potassium chloride er 15 meq tab er, potassium chloride er 10 meq tab er, potassium chloride er 20 meq tab er)	gen	
potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution	inj	
potassium chloride in nacl (potassium chloride in nacl 20-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 20-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 40-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 40-0.9 meq/l-% solution)	inj	
potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)	gen	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	inj	
PREMASOL 10 % SOLUTION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
prenatal vitamins	brd	
QUFLORA PEDIATRIC (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	EDC
ringers solution	inj	
sodium chloride (pf) 0.9 % solution	inj	
sodium chloride (sodium chloride 0.45 % solution, sodium chloride 0.9 % solution, sodium chloride 2.5 meq/ml solution, sodium chloride 5 % solution, sodium chloride 0.9 % solution, sodium chloride 3 % solution)	inj	
SODIUM FLUORIDE (0.55 (0.25 F) MG CHEW TAB, 1.1 (0.5 F) MG CHEW TAB, 1.1 (0.5 F) MG/ML SOLUTION, 2.2 (1 F) MG CHEW TAB)	gen	
TPN ELECTROLYTES CONC	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES		
CHEMET 100 MG CAP	brd	
deferasirox (250 mg tab, 500 mg tab)	spec	
deferasirox 125 mg tab sol	brd	
tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 & 15 mg tab thpk, 45 & 15 mg tab thpk, 60 & 30 mg tab thpk, 90 & 30 mg tab thpk)	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
tolvaptan 15 mg tab	spec	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
tolvaptan 30 mg tab	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
trientine hcl 250 mg cap	spec	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	spec	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
QUELANTES DE FOSFATO		
calcium acetate (phos binder) 667 mg cap	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
sevelamer carbonate 800 mg tab	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
QUELANTES DE POTASIO		
kionex 15 gm/60ml suspension	gen	
LOKELMA (5 GM PACKET, 10 GM PACKET)	brd	
sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)	gen	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION, SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION)	gen	
VITAMINAS		
cyanocobalamin 1000 mcg/ml solution	gen	EDC
dodex 1000 mcg/ml solution	gen	EDC
folic acid 1 mg tab	gen	EDC
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE 0.25 MG/ML SUSPENSION	gen	EDC
TRI-VITE/FLUORIDE (0.25 MG/ML SOLUTION, 0.5 MG/ML SOLUTION)	gen	EDC
GASTROINTESTINALES		
ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
constulose 10 gm/15ml solution	gen	
enulose 10 gm/15ml solution	gen	
gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln	gen	
generlac 10 gm/15ml solution	gen	
lactulose (10 gm/15ml, 20 gm/30ml)	gen	
lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution	gen	
LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution	gen	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln	gen	
peg-3350/electrolytes/ascorbat 100 gm recon soln	gen	
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 100 gm recon soln	gen	
PEG-PREP 5-210 MG-GM KIT	gen	
ANTIDIARREICOS		
alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)	npd	PA
diphenoxylate-atropine (diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab, diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg/5ml liquid)	gen	
loperamide hcl 2 mg cap	gen	
XERMELO 250 MG TAB	spec	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES		
chlordiazepoxide-clidinium (chlordiazepoxide-clidinium 5-2.5 mg cap, chlordiazepoxide-clidinium 5-2.5 mg cap)	gen	QL (8 PER 1 DAYS)
dicyclomine hcl (10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 20 mg tab)	gen	PA
ed-spaz 0.125 mg tab disp	gen	EDC
glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)	gen	
glycopyrrolate 1 mg/5ml solution	gen	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
hyoscyamine sulfate (hyoscyamine sulfate 0.125 mg sl tab, hyoscyamine sulfate 0.125 mg tab disp, hyoscyamine sulfate 0.125 mg/5ml elixir, hyoscyamine sulfate 0.125 mg sl tab, hyoscyamine sulfate 0.125 mg tab, hyoscyamine sulfate 0.125 mg tab disp, hyoscyamine sulfate 0.125 mg/5ml elixir, hyoscyamine sulfate 0.125 mg/ml solution, hyoscyamine sulfate 0.125 mg tab, hyoscyamine sulfate 0.125 mg/ml solution)	gen	EDC
hyoscyamine sulfate er (hyoscyamine sulfate er 0.375 mg tab er 12h, hyoscyamine sulfate er 0.375 mg tab er 12h)	gen	EDC
HYOSCYAMINE SULFATE SL 0.125 MG TAB	gen	EDC
HYOSYNE (0.125 MG/5ML ELIXIR, 0.125 MG/ML SOLUTION)	gen	EDC
methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)	gen	
NULEV 0.125 MG TAB DISP	gen	EDC
OSCIMIN (0.125 MG SL TAB, 0.125 MG TAB)	gen	EDC
PB-HYOSCY-ATROPINE-SCOPOLAMINE 16.2 MG TAB	gen	EDC
PB-HYOSCY-ATROPINE-SCOPOLAMINE 16.2 MG/5ML ELIXIR	gen	QL (40 PER 1 DAYS), EDC
phenobarbital-belladonna alk 16.2 mg tab	gen	EDC
phenobarbital-belladonna alk 16.2 mg/5ml elixir	gen	QL (40 PER 1 DAYS), EDC
PHENOHYTRO 16.2 MG TAB	gen	EDC
PHENOHYTRO 16.2 MG/5ML ELIXIR	gen	QL (40 PER 1 DAYS), EDC
GASTROINSTESTINALES, OTHER		
cromolyn sodium 100 mg/5ml conc	gen	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	gen	
gavilyte-g 236 gm recon soln	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	spec	PA
peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln	gen	
ursodiol (250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab)	gen	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)		
cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)	gen	
famotidine (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/5ml recon susp)	gen	
NIZATIDINE (NIZATIDINE 150 MG CAP, NIZATIDINE 15 MG/ML SOLUTION, NIZATIDINE 300 MG CAP)	gen	
PROTECTORES		
misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)	gen	
sucralfate (1 gm tab, 1 gm/10ml suspension)	gen	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
esomeprazole magnesium 20 mg cap dr	gen	
esomeprazole magnesium 40 mg cap dr	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
lansoprazole 15 mg cap dr	gen	
lansoprazole 30 mg cap dr	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
omeprazole (10 mg cap dr, 20 mg cap dr)	gen	
omeprazole 40 mg cap dr	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
pantoprazole sodium (pantoprazole sodium 40 mg recon soln, pantoprazole sodium 40 mg recon soln)	inj	
pantoprazole sodium 20 mg tab dr	gen	
pantoprazole sodium 40 mg tab dr	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
rabeprazole sodium 20 mg tab dr	gen	

TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ARALAST NP (500 MG RECON SOLN, 1000 MG RECON SOLN)	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
betaine powder	spec	
carglumic acid 200 mg tab sol	spec	PA, LA
CREON (3000-9500 CP DR PART, 6000-19000 CP DR PART, 12000-38000 CP DR PART, 24000-76000 CP DR PART, 36000-114000 CP DR PART)	brd	
CYSTAGON (50 MG CAP, 150 MG CAP)	npd	PA, LA
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	brd	
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
l-glutamine 5 gm packet	spec	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
levocarnitine (1 gm/10ml solution, 330 mg tab)	gen	
levocarnitine sf 1 gm/10ml solution	gen	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	spec	PA
REVCOVI 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	spec	PA, LA
sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)	spec	PA
sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)	spec	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ZENPEP (3000-10000 CP DR PART, 5000-24000 CP DR PART, 10000-32000 CP DR PART, 15000-47000 CP DR PART, 20000-63000 CP DR PART, 25000-79000 CP DR PART, 40000-126000 CP DR PART, 60000-189600 CP DR PART)	brd	
GENITOURINARIOS		
ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS		
darifenacin hydrobromide er 15 mg tab 24h	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
darifenacin hydrobromide er 7.5 mg tab 24h	gen	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
fesoterodine fumarate er (er 4 mg tab er, er 8 mg tab er)	gen	
flavoxate hcl 100 mg tab	gen	
GEMTESA 75 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	brd	
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	brd	QL (10 PER 1 DAYS)
oxybutynin chloride (5 mg tab, 5 mg/5ml solution)	gen	
oxybutynin chloride er (er 5 mg tab er, er 10 mg tab er, er 15 mg tab er)	gen	
solifenacin succinate (5 mg tab, 10 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	gen	ST
tolterodine tartrate er (er 2 mg cap er, er 4 mg cap er)	gen	ST
trospium chloride 20 mg tab	gen	
trospium chloride er 60 mg cap 24h	gen	
HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
alfuzosin hcl er 10 mg tab 24h	gen	
dutasteride 0.5 mg cap	gen	QL (1 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
finasteride 5 mg tab	gen	
silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
tadalafil (10 mg tab, 20 mg tab)	gen	QL (8 PER 30 DAYS), EDC
tadalafil 2.5 mg tab	gen	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
tadalafil 5 mg tab	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	gen	
GENITOURINARIOS, OTROS		
bethanechol chloride (5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	gen	
CYTRA K CRYSTALS 3300-1002 MG PACET	gen	EDC
ELMIRON 100 MG CAP	brd	
penicillamine 250 mg tab	spec	PA
phenazo 200 mg tab	gen	EDC
phenazopyridine hcl (phenazopyridine hcl 200 mg tab, phenazopyridine hcl 100 mg tab, phenazopyridine hcl 200 mg tab, phenazopyridine hcl 100 mg tab)	gen	EDC
PHOSPHO-TRIN K500 KMG TAB	gen	EDC
pot & sod cit-cit ac (pot sod cit-cit ac 550-500-334 mg/5ml solution, pot sod cit-cit ac 550-500-334 mg/5ml solution)	gen	EDC
potassium citrate-citric acid (potassium citrate-citric acid 1100-334 mg/5ml solution, potassium citrate-citric acid 1100-334 mg/5ml solution)	gen	EDC
sildenafil citrate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	gen	QL (8 PER 30 DAYS), EDC
SOD CITRATE-CITRIC ACID (1500-1002 MG/15ML SOLUTION, 3000-2004 MG/30ML SOLUTION)	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
sod citrate-citric acid (sod citrate-citric acid 1.5-1 gm/15ml solution, sod citrate-citric acid 500-334 mg/5ml solution, sod citrate-citric acid 1.5-1 gm/15ml solution, sod citrate-citric acid 3-2 gm/30ml solution, sod citrate-citric acid 500-334 mg/5ml solution, sod citrate-citric acid 3-2 gm/30ml solution)	gen	EDC
SODIUM CITRATE-CITRIC ACID (1500-1002 MG/15ML SOLUTION, 3000-2004 MG/30ML SOLUTION)	gen	
TRICITRATES 550-500-334 MG/5ML SOLUTION	gen	EDC
vardenafil hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 20 mg tab)	gen	PA, QL (8 PER 30 DAYS), EDC

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	gen	
dexamethasone (dexamethasone 0.5 mg tab, dexamethasone 0.5 mg/5ml elixir, dexamethasone 0.75 mg tab, dexamethasone 1 mg tab, dexamethasone 1.5 mg tab, dexamethasone 2 mg tab, dexamethasone 6 mg tab, dexamethasone 0.5 mg/5ml solution, dexamethasone 4 mg tab)	gen	
DEXAMETHASONE INTENSOL 1 MG/ML CONC	gen	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	inj	
dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	inj	
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	gen	
MEDROL 2 MG TAB	brd	
methylprednisolone (4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
methylprednisolone acetate (methylprednisolone acetate 40 mg/ml suspension, methylprednisolone acetate 80 mg/ml suspension, methylprednisolone acetate 40 mg/ml suspension, methylprednisolone acetate 80 mg/ml suspension)	inj	
methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln	inj	
prednisolone 15 mg/5ml solution	gen	
prednisolone sodium phosphate (prednisolone sodium phosphate 5 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 6.7 (5 base) mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 10 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 15 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 20 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution)	gen	
prednisone (prednisone 5 mg/5ml solution, prednisone 1 mg tab, prednisone 2.5 mg tab, prednisone 5 mg (21) tab thpk, prednisone 5 mg (48) tab thpk, prednisone 5 mg tab, prednisone 10 mg (21) tab thpk, prednisone 10 mg (48) tab thpk, prednisone 10 mg tab, prednisone 20 mg tab, prednisone 50 mg tab)	gen	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	gen	

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution	gen	
desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
desmopressin acetate 4 mcg/ml solution	inj	
desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution	inj	
desmopressin acetate spray (desmopressin acetate spray 0.01 % solution, desmopressin acetate spray 0.01 % solution)	gen	
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	spec	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	spec	PA

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

ANDRÓGENOS

danazol (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)	gen	
depo-testosterone (100 mg/ml, 200 mg/ml)	gen	
methyltestosterone 10 mg cap	gen	PA
testosterone (20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)	gen	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
testosterone (testosterone 10 mg/act (2%) gel, testosterone 10 mg/act (2%) gel)	gen	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
testosterone (testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 25 mg/2.5gm (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel, testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel)	gen	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
testosterone (testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel, testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel)	gen	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
testosterone 30 mg/act solution	gen	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
testosterone cypionate (testosterone cypionate 200 mg/ml solution, testosterone cypionate 100 mg/ml solution, testosterone cypionate 200 mg/ml solution)	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	gen	QL (5 PER 30 DAYS)
ESTRÓGENOS		
abigale 1-0.5 mg tab	gen	
abigale lo 0.5-0.1 mg tab	gen	
afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
altavera 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab	gen	
alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	gen	
amabelz (0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab)	gen	
amethia 0.15-0.03 &0.01 mg tab	gen	
amethyst 90-20 mcg tab	gen	
apri 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	gen	
ashlyna 0.15-0.03 &0.01 mg tab	gen	
aubra 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
aurovela 24 fe 1-20 mg-mcg() tab	gen	
aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
aviane 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
ayuna 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	gen	
balziva 0.4-35 mg-mcg tab	gen	
blisovi 24 fe 1-20 mg-mcg() tab	gen	
blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
briellyn 0.4-35 mg-mcg tab	gen	
camrese 0.15-0.03 &0.01 mg tab	gen	
camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	gen	
charlotte 24 fe 1-20 mg-mcg() chew tab	gen	
chateal 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
CLIMARA PRO 0.045-0.015 MG/DAY PATCH WK	brd	QL (4 PER 28 DAYS)
COVARYX 1.25-2.5 MG TAB	gen	EDC
COVARYX HS 0.625-1.25 MG TAB	gen	EDC
cryselle 0.3-30 mg-mcg tab	gen	
cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab	gen	
cyred 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab	gen	
dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	gen	
daysee 0.15-0.03 &0.01 mg tab	gen	
delyla 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	inj	
desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	gen	
dolishale 90-20 mcg tab	gen	
dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)	gen	QL (16 PER 28 DAYS)
drospiren-eth estrad-levomefol (3-0.02-0.451 mg tab, 3-0.03-0.451 mg tab)	gen	
drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
EEMT 1.25-2.5 MG TAB	gen	EDC
EEMT HS 0.625-1.25 MG TAB	gen	EDC
elinest 0.3-30 mg-mcg tab	gen	
eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring	gen	
enilloring 0.12-0.015 mg/24hr	gen	
enpresse-28 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	gen	
enskyce 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
est estrogens-methyltest (est estrogens-methyltest 1.25-2.5 mg tab, est estrogens-methyltest 1.25-2.5 mg tab)	gen	EDC
est estrogens-methyltest ds (est estrogens-methyltest ds 1.25-2.5 mg tab, est estrogens-methyltest ds 1.25-2.5 mg tab)	gen	EDC
est estrogens-methyltest hs (est estrogens-methyltest hs 0.625-1.25 mg tab, est estrogens-methyltest hs 0.625-1.25 mg tab)	gen	EDC
estarylla 0.25-35 mg-mcg tab	gen	
estradiol (0.01 % cream, 0.25 mg/0.25gm gel, 0.5 mg tab, 0.5 mg/0.5gm gel, 0.75 mg/0.75gm gel, 1 mg tab, 1 mg/gm gel, 1.25 mg/1.25gm gel, 2 mg tab, 10 mcg tab)	gen	
estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)	gen	QL (16 PER 28 DAYS)
estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)	gen	QL (8 PER 28 DAYS)
estradiol valerate (10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml)	gen	
estradiol-norethindrone acet (0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab)	gen	
estratest f.s. 1.25-2.5 mg tab	gen	EDC

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ESTRATEST H.S. 0.625-1.25 MG TAB	gen	EDC
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	brd	QL (1 PER 84 DAYS)
estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)	gen	
ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)	gen	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring	gen	
falmina 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
fayosim 42-21-21-7 days tab	gen	
feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
femynor 0.25-35 mg-mcg tab	gen	
finzala 1-20 mg-mcg(24) chew tab	gen	
fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)	gen	
galbriela 0.8-25 mg-mcg chew tab	gen	
gemmily 1-20 mg-mcg(24) cap	gen	
hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
hailey 24 fe 1-20 mg-mcg() tab	gen	
hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring	gen	
iclevia 0.15-0.03 mg tab	gen	
introvale 0.15-0.03 mg tab	gen	
isibloom 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
jaimiess 0.15-0.03 &0.01 mg tab	gen	
jasmiel 3-0.02 mg tab	gen	
jinteli 1-5 mg-mcg tab	gen	
jolessa 0.15-0.03 mg tab	gen	
joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
juleber 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
junel 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
junel fe 24 1-20 mg-mcg() tab	gen	
kaitlib fe 0.8-25 mg-mcg chew tab	gen	
kalliga 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	gen	
kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab	gen	
kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab	gen	
kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
larin 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
larin 24 fe 1-20 mg-mcg() tab	gen	
larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
larissia 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
layolis fe 0.8-25 mg-mcg chew tab	gen	
leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab	gen	
lessina 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	gen	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	gen	
levonorgest-eth est & eth est 42-21-21-7 days tab	gen	
levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 &0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)	gen	
levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab	gen	
levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab, 90-20 mcg tab)	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
lillow 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
lo-zumandimine 3-0.02 mg tab	gen	
loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab	gen	
loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	gen	
loryna 3-0.02 mg tab	gen	
low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab	gen	
luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
lutera 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)	gen	QL (16 PER 28 DAYS)
marlissa 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	npd	
merzee 1-20 mg-mcg(24) cap	gen	
mibelas 24 fe 1-20 mg-mcg() chew tab	gen	
microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
microgestin 24 fe 1-20 mg-mcg tab	gen	
microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
mili 0.25-35 mg-mcg tab	gen	
mimvey 1-0.5 mg tab	gen	
minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab	gen	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	gen	
nikki 3-0.02 mg tab	gen	
norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk	gen	
norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1-20 mg-mcg(24) cap, 1-20 mg-mcg(24) chew tab, 1.5-30 mg-mcg tab)	gen	
norethin-eth estradiol-fe (0.4-35 chew tab, 0.8-25 chew tab)	gen	
norethindron-ethinyl estrad-fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab	gen	
norethindrone acet-ethinyl est (1-20 tab, 1.5-30 tab)	gen	
norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)	gen	
norgestim-eth estrad triphasic (0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab)	gen	
norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab	gen	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	gen	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab	gen	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	gen	
nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	gen	
nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab	gen	
nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	gen	
nymyo 0.25-35 mg-mcg tab	gen	
ocella 3-0.03 mg tab	gen	
philith 0.4-35 mg-mcg tab	gen	
pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab	gen	
pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	gen	
portia-28 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	brd	
PREMPHASE 0.625-5 MG TAB	brd	
PREMPRO (0.3-1.5 MG TAB, 0.45-1.5 MG TAB, 0.625-2.5 MG TAB, 0.625-5 MG TAB)	brd	
reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
rivelsa 42-21-21-7 days tab	gen	
rosyrah 42-21-21-7 days tab	gen	
setlakin 0.15-0.03 mg tab	gen	
simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	gen	
simpesse 0.15-0.03 &0.01 mg tab	gen	
sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab	gen	
sronyx 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
syeda 3-0.03 mg tab	gen	
tarina 24 fe 1-20 mg-mcg() tab	gen	
tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab	gen	
taysofy 1-20 mg-mcg(24) cap	gen	
tilia fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab	gen	
tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	gen	
tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	gen	
tri-legest fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab	gen	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	gen	
tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab	gen	
tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab	gen	
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab	gen	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	gen	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	gen	
tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	gen	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	gen	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab	gen	
trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	gen	
turqoz 0.3-30 mg-mcg tab	gen	
tydemy 3-0.03-0.451 mg tab	gen	
valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab	gen	
VALTYA 1/50 1-50 MG-MCG TAB	gen	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	gen	
vestura 3-0.02 mg tab	gen	
vienva 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	gen	
volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	gen	
vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab	gen	
vylibra 0.25-35 mg-mcg tab	gen	
wera 0.5-35 mg-mcg tab	gen	
wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	gen	
xarah fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab	gen	
xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	gen	
xulane 150-35 mcg/24hr patch wk	gen	
yuvafem 10 mcg tab	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk	gen	
zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	gen	
zumandimine 3-0.03 mg tab	gen	
PROGESTINAS		
camila 0.35 mg tab	gen	
deblitane 0.35 mg tab	gen	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	brd	
emzahh 0.35 mg tab	gen	
errin 0.35 mg tab	gen	
gallifrey 5 mg tab	gen	
heather 0.35 mg tab	gen	
incassia 0.35 mg tab	gen	
jencycla 0.35 mg tab	gen	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	brd	
lyleq 0.35 mg tab	gen	
lyza 0.35 mg tab	gen	
medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)	gen	
megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
megestrol acetate (megestrol acetate 625 mg/5ml suspension, megestrol acetate 625 mg/5ml suspension)	gen	PA
meleya 0.35 mg tab	gen	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	brd	
nora-be 0.35 mg tab	gen	
norethindrone 0.35 mg tab	gen	
norethindrone acetate 5 mg tab	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
norlyda 0.35 mg tab	gen	
norlyroc 0.35 mg tab	gen	
orquidea 0.35 mg tab	gen	
progesterone (50 mg/ml oil, 100 mg cap, 200 mg cap)	gen	
sharobel 0.35 mg tab	gen	
tulana 0.35 mg tab	gen	

MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS

OSPHENA 60 MG TAB	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
raloxifene hcl 60 mg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

ADTHYZA (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB)	brd	EDC
AMERITHROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB, 180 MG TAB, 240 MG TAB, 300 MG TAB)	brd	
ARMOUR THYROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB, 180 MG TAB, 240 MG TAB, 300 MG TAB)	brd	EDC
euthyrox (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)	gen	
EVEXITHROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB, 180 MG TAB)	brd	
levo-t (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)	brd	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
levothyroxine sodium (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)	gen	
levoxyl (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)	brd	
liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)	gen	
NIVA THYROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB)	brd	EDC
NP THYROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB)	brd	EDC
RENTHYROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB)	brd	EDC
REZDIFFRA (60 MG TAB, 80 MG TAB, 100 MG TAB)	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNTHROID (25 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB, 100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 300 MCG TAB)	brd	
THYROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB)	brd	EDC
unithroid (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)	brd	

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

cabergoline 0.5 mg tab	gen	
leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit	inj	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	spec	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	spec	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	spec	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	spec	
mifepristone 300 mg tab	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
octreotide acetate (octreotide acetate 50 mcg/ml solution, octreotide acetate 100 mcg/ml solution, octreotide acetate 200 mcg/ml solution, octreotide acetate 500 mcg/ml solution, octreotide acetate 1000 mcg/ml solution, octreotide acetate 50 mcg/ml soln prsyr, octreotide acetate 100 mcg/ml soln prsyr)	inj	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	spec	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	spec	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	spec	

HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

ANTITIROIDEOS

methimazole (5 mg tab, 10 mg tab)	gen	
propylthiouracil 50 mg tab	gen	

INMUNOLÓGICOS

ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL

HAEGARDA (2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN)	spec	PA, LA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr	spec	PA, QL (36 PER 60 DAYS)
sajazir 30 mg/3ml soln prsyr	spec	PA, QL (36 PER 60 DAYS)
INMUNOGLOBULINAS		
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION)	spec	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION)	spec	PA, LA
INMUNOLÓGICOS, OTHER		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	spec	PA, LA
AURANOFIN 3 MG CAP	brd	
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS)
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 /ML SOLN PRSYR	spec	PA, LA
COSENTYX (75 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	spec	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	spec	PA, LA
COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ	spec	PA, LA
DUPIXENT (100 MG/0.67ML SOLN PRSYR, 200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	spec	PA
OTEZLA (4 X 10 51 X20 MG TAB THPK, 10 20 30 MG TAB THPK)	spec	PA, QL (55 PER 28 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 MG TAB TH	spec	PA, QL (41 PER 28 DAYS)
RIDAURA 3 MG CAP	brd	
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	spec	PA, QL (168 PER 365 DAYS)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	spec	PA, QL (12 ML PER 1 DAYS)
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 /0.83ML PREF SY KT	spec	PA, QL (6 PER 365 DAYS)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (6 PER 365 DAYS)
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	spec	PA, QL (1.2 PER 56 DAYS)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	spec	PA, QL (2.4 PER 56 DAYS)
SKYRIZI 55 MG/0.37ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (2.22 ML PER 365 DAYS)
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	spec	PA, QL (30 PER 365 DAYS)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (6 PER 365 DAYS)
STELARA 45 MG/0.5ML SOLUTION	spec	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
tofacitinib citrate (5 mg tab, 10 mg tab)	spec	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
tofacitinib citrate 1 mg/ml solution	spec	PA, QL (300 ML PER 30 DAYS)
tofacitinib citrate er (er 11 mg tab er, er 22 mg tab er)	spec	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	spec	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB 45 MG/0.5ML SOLUTION	spec	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB-AEKN 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	npd	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB-AEKN 90 MG/ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)
XOLAIR (75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	spec	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR (75 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
YESINTEK (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	npd	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION	spec	PA, QL (104 ML PER 365 DAYS)
YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)
INMUNOESTIMULANTES		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION	spec	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	spec	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	spec	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
INMUNOSUPRESORES		
azasan (75 mg tab, 100 mg tab)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
azathioprine (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine (25 mg cap, 100 mg cap)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine 50 mg/ml solution	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine modified (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	spec	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	spec	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
gengraf (25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)	gen	
METHOTREXATE SODIUM (50 MG/2ML SOLUTION, 250 MG/10ML SOLUTION)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium (pf) (methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution, methotrexate sodium (pf) 250 mg/10ml solution, methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 1000 mg/40ml solution)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium 2.5 mg tab	gen	
mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 250 mg cap, 500 mg tab)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil 500 mg recon soln	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	spec	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	spec	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) RINGE) 80 MG/0.8ML PREF KT	spec	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	spec	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) RINGE) 20 MG/0.2ML PREF KT	spec	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) RINGE) 40 MG/0.4ML PREF KT	spec	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
TREXALL (5 MG TAB, 7.5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB)	npd	
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY

VACUNAS

ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	brd	VAC
ACTHIB RECONSOLN	brd	
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	brd	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	brd	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	brd	VAC
BEXSERO SUSPPRSYR	brd	VAC
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	brd	VAC
DAPTACEL 23-15-5SUSPENSION	brd	
DENGVAXIA RECONSUSP	inj	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	brd	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (9 SUSPENSION, 9 0.5 ML SUSP PRSYR)	brd	VAC
HAVRIX (720 U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 U/0.5ML SUSPENSION)	brd	
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSP PRSYR	brd	VAC
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	brd	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	brd	VAC
INFANRIX 25-58-10SUSPENSION	brd	
IPOL SUSPENSION	brd	VAC
IXIARO SUSPENSION	inj	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	brd	VAC
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	brd	
M-M-R II RECONSOLN	brd	VAC
MENACTRA SOLUTION	brd	VAC
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	brd	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	brd	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	brd	VAC
PEDIARIX SUSPPRSYR	brd	
PEDVAXHIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	brd	
PENMENVY RECONSUSP	brd	
PENTACEL RECONSUSP	brd	
PRIORIX RECONSUSP	brd	VAC
PROQUAD RECONSUSP	brd	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	brd	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
RABAVERT RECONSUSP	brd	VAC
RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION, 10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION)	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
ROTARIX (RECON SUSP, SUSPENSION)	brd	
ROTATEQ SOLUTION	brd	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	brd	QL (2 PER 365 DAYS), VAC
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	brd	QL (1 ML PER 365 DAYS), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	brd	VAC
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	brd	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	brd	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	brd	VAC
TRUMENBA SUSPPRSYR	brd	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	inj	VAC
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION)	brd	
VAQTA (50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	brd	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	brd	VAC
VAXCHORA RECONSUSP	npd	VAC
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	inj	
VIVOTIF CAPDR	npd	
YF-VAX RECONSUSP	inj	VAC

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
AMINOSALICILATOS		
balsalazide disodium 750 mg cap	gen	
DIPENTUM 250 MG CAP	npd	PA
mesalamine (4 gm enema, 1000 mg suppos)	gen	
mesalamine (mesalamine 400 mg cap dr, mesalamine 400 mg cap dr, mesalamine 800 mg tab dr)	gen	ST, QL (6 PER 1 DAYS)
mesalamine 1.2 gm tab dr	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
mesalamine er 0.375 gm cap 24h	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
mesalamine er 500 mg cap	gen	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)	gen	
GLUCOCORTICOIDES		
budesonide 3 mg cp dr part	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
budesonide er 9 mg tab 24h	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
CORTIFOAM 10 %	brd	
hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg/60ml enema)	gen	
ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
alendronate sodium (alendronate sodium 10 mg tab, alendronate sodium 35 mg tab, alendronate sodium 70 mg tab, alendronate sodium 70 mg/75ml solution, alendronate sodium 5 mg tab)	gen	
BILDYOS 60 MG/ML SOLN PRSYR	npd	PA
BILPREVDA 120 MG/1.7ML SOLUTION	spec	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
calcitonin (salmon) 200 unit/act solution	gen	QL (3.7 PER 30 DAYS)
calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap, 1 mcg/ml solution)	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
doxercalciferol (doxercalciferol 0.5 mcg cap, doxercalciferol 1 mcg cap, doxercalciferol 2.5 mcg cap, doxercalciferol 0.5 mcg cap, doxercalciferol 1 mcg cap, doxercalciferol 2.5 mcg cap)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
doxercalciferol 4 mcg/2ml solution	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
ergocalciferol 1.25 mg (50000 ut) cap	gen	EDC
ibandronate sodium 150 mg tab	gen	
ibandronate sodium 3 mg/3ml solution	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	inj	PA
paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
paricalcitol (2 mcg/ml, 5 mcg/ml)	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
risedronate sodium (5 mg tab, 30 mg tab, 35 mg tab, 35 mg tab dr, 150 mg tab)	gen	
teriparatide (teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen, teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen)	spec	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	spec	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
vitamin d (ergocalciferol) (1.25 mg (50000 ut) cap, 50000 unit cap)	gen	EDC
WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION	spec	QL (1.7 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
zoledronic acid (zoledronic acid 4 mg/100ml solution, zoledronic acid 4 mg/5ml conc, zoledronic acid 5 mg/100ml solution)	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32GX4MMMISC	brd	
AEROCHAMBER HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	EDC
AEROCHAMBER MINI CHAMBER DEVICE	brd	EDC
AEROCHAMBER MV MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE DEVICE	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM DEVICE	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE (DEVICE, MISC)	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM (DEVICE, MISC)	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL (DEVICE, MISC)	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER2GO ANTI-STATIC DEVICE	brd	EDC

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
AEROVENT PLUS DEVICE	brd	EDC
ALCOHOL 70% PADS	gen	
ALCOHOL PADS S 70 %	gen	
ALCOHOL PREP PAD	gen	
ALCOHOL PREP PADS S 70 %	gen	
ALCOHOL SWABS 70 % PAD	gen	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	gen	
AQ INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
AQINJECT PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
ARGYLE STERILE WATER SOLUTION	gen	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31GX5MMMISC	brd	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30GX5MMMISC	brd	
AUM ALCOHOL PREP PADS S 70 %	gen	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)	brd	
AUM PEN NEEDLE (PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC, PEN 33G 4 MISC, PEN 33G 5 MISC, PEN 33G 6 MISC)	brd	
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE (PEN 5 MISC, PEN 8 MISC)	brd	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	brd	
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC	brd	
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM MISC	brd	
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM MISC	brd	
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM MISC	brd	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BREATHE COMFORT CHAMBER/ADULT DEVICE	brd	EDC
BREATHE COMFORT CHAMBER/CHILD DEVICE	brd	EDC
BREATHE EASE LARGE DEVICE	brd	EDC
BREATHE EASE MEDIUM DEVICE	brd	EDC
BREATHE EASE SMALL DEVICE	brd	EDC
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER DEVICE	brd	EDC
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	gen	
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS 32GX4MMMISC	brd	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	EDC
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (27G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC)	brd	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (PEN 30G 8 MISC, PEN 31G 4 MISC, PEN 31G 5 MISC)	brd	
COMPACT SPACE CHAMBER DEVICE	brd	EDC
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK DEVICE	brd	EDC
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK DEVICE	brd	EDC
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK DEVICE	brd	EDC
CVS ALCOHOL PREP PADS S 70 %	gen	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2"PAD	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.3 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
DROPLET MICRON 34GX3.5MMMISC	brd	
DROPLET PEN NEEDLES (PEN 29G 10MM MISC, PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC, PEN 32G 8 MM MISC)	brd	
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO (4 MISC, 5 MISC, 8 MISC)	brd	
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
EASIVENT MASK LARGE MISC	brd	EDC
EASIVENT MASK MEDIUM MISC	brd	EDC
EASIVENT MASK SMALL MISC	brd	EDC
EASIVENT MISC	brd	EDC
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (29G 5/16" 0.5 ML MISC, 29G 5/16" 1 ML MISC, 31G 1/2" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 32G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (PEN 29G 4MM MISC, PEN 29G 5MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	brd	
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML MISC	brd	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30GX5MMMISC	brd	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (5/16" 0.3 ML MISC, 15/64" 0.3 ML MISC)	brd	
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC)	brd	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	brd	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" ML MISC	brd	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	brd	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 3GX4MMMISC	brd	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32GX4MMMISC	brd	
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 29GX12.7MMMISC	brd	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	brd	
EMBRACE PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 5 MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	brd	
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC DEVICE	brd	EDC
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC L DEVICE	brd	EDC
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC M DEVICE	brd	EDC

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC S DEVICE	brd	EDC
FLEXICHAMBER DEVICE	brd	EDC
gauze pads 2	gen	
GNP PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 6 MISC)	brd	
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70 % PAD	gen	
INSPIREASE MISC	brd	EDC
INSULIN PEN NEEDLES	brd	
INSULIN PEN NEEDLES	brd	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	brd	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	brd	
INSULIN SYRINGE 1 ML	brd	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G 1/2" 0.5 ML MISC, 27G 1/2" 1 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC, 28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
INSUPEN PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
INSUPEN32G EXTR3ME 6MMMISC	brd	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
lactated ringers solution	gen	
methergine 0.2 mg tab	gen	
methylergonovine maleate 0.2 mg tab	gen	
MICROCHAMBER (DEVICE, MISC)	brd	EDC
MICROSPACER MISC	brd	EDC
NOVOFINE 32G X 6 MM MISC	brd	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
NUTRILIPID 20 % EMULSION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
OPTICHAMBER DIAMOND (DEVICE, MISC)	brd	EDC
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK DEVICE	brd	EDC
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK MISC	brd	EDC
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK MISC	brd	EDC
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	npd	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
PEN NEEDLES (PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
PENBRAYA RECONSUSP	brd	VAC
POCKET CHAMBER DEVICE	brd	EDC
POCKET SPACER DEVICE	brd	EDC
PRO COMFORT ALCOHOL 70 % PAD	gen	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
PRO COMFORT SPACER ADULT MISC	brd	EDC
PRO COMFORT SPACER CHILD MISC	brd	EDC
PRO COMFORT SPACER INFANT DEVICE	brd	EDC
PROCARE SPACER/ADULT MASK DEVICE	brd	EDC
PROCARE SPACER/CHILD MASK DEVICE	brd	EDC
PROCHAMBER VHC DEVICE	brd	EDC
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PURE COMFORT SPACER CHAMBER DEVICE	brd	EDC
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 4 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC, PEN 32G 8 MM MISC, PEN 33G 4 MM MISC, PEN 33G 5 MM MISC, PEN 33G 6 MM MISC, PEN 33G 8 MM MISC)	brd	
ringers irrigation (ringers irrigation solution, ringers irrigation solution)	gen	
RITEFLO DEVICE	brd	EDC
SALINE BACTERIOSTATIC 0.9 % SOLUTION	inj	EDC
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	brd	
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 31GX5MMMISC	brd	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2"PAD	gen	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
SODIUM CHLORIDE BACTERIOSTATIC 0.9 % SOLUTION	inj	EDC
sterile water for irrigation (sterile water for irrigation solution, sterile water for irrigation solution)	gen	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32GX4MMMISC	brd	
tis-u-sol solution	gen	
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 32GX4MMMISC	brd	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC, 32G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 6 MISC)	brd	
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES 32GX4MMMISC	brd	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
UNIFINE PENTIPS 32GX4MMMISC	brd	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (PEN 30G 5 MISC, PEN 30G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	brd	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC, PEN 34G 3.5 MM MISC)	brd	
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	brd	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VERIFINE INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR 29G X 1/2" 1 ML MISC	brd	
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD DEVICE	brd	EDC
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/TODDLER DEVICE	brd	EDC
VORTEX VALVE CHAMBER-PEDI MASK DEVICE	brd	EDC
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	EDC
VOWST CAP	spec	PA, LA, QL (12 PER 30 DAYS)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	gen	

OFTÁLMICOS

OFTÁLMICOS, OTROS

ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment	gen	
atropine sulfate (atropine sulfate 1 % solution, atropine sulfate 1 % solution)	gen	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc (bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment, bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment)	gen	
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT	gen	
brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
dorzolamide hcl-timolol mal (dorzolamide hcl-timolol mal 2-0.5 % solution, dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution, dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution)	gen	
dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution	gen	
HOMATROPAIRE 5 % SOLUTION	gen	EDC
loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension	gen	
neo-polycin 3.5-400-10000ointment	gen	
neo-polycin hc 1 % ointment	gen	
neomycin-bacitracin zn-polymyx (neomycin-bacitracin zn-polymyx 3.5-400-10000 ointment, neomycin-bacitracin zn-polymyx 5-400-10000 ointment, neomycin-bacitracin zn-polymyx 5-400-10000 ointment)	gen	
neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)	gen	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025SOLUTION	gen	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1SUSPENSION	gen	
polycin 500-10000 unit/gm ointment	gen	
proparacaine hcl 0.5 % solution	gen	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	npd	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	gen	
TOBRADEX 0.3-0.1 % OINTMENT	brd	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	gen	
XDEMVY 0.25 % SOLUTION	spec	PA, QL (10 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
XIIDRA 5 % SOLUTION	brd	
OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS		
azelastine hcl 0.05 % solution	gen	
bepotastine besilate 1.5 % solution	gen	
cromolyn sodium (cromolyn sodium 4 % solution, cromolyn sodium 4 % solution)	gen	
epinastine hcl 0.05 % solution	gen	
OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	gen	
erythromycin (erythromycin 5 mg/gm ointment, erythromycin 5 mg/gm ointment)	gen	
gatifloxacin 0.5 % solution	gen	QL (2.5 PER 30 DAYS)
GENTAK 0.3 % OINTMENT	gen	
gentamicin sulfate 0.3 % solution	gen	
LEVOFLOXACIN (LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION, LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION, LEVOFLOXACIN 1.5 % SOLUTION)	gen	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	gen	
moxifloxacin hcl 0.5 % solution	gen	
NATACYN 5 % SUSPENSION	brd	
ofloxacin 0.3 % solution	gen	
polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution	gen	
sulfacetamide sodium (sulfacetamide sodium 10 % ointment, sulfacetamide sodium 10 % solution, sulfacetamide sodium 10 % solution)	gen	
tobramycin 0.3 % solution	gen	
TOBREX 0.3 % OINTMENT	brd	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ZIRGAN 0.15 % GEL	npd	QL (5 PER 30 DAYS)
OFTÁLMICOS ANTIINFLAMATORIOS		
bromfenac sodium (once-daily) 0.09 % solution	gen	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	gen	
diclofenac sodium 0.1 % solution	gen	
difluprednate 0.05 % emulsion	gen	
fluorometholone 0.1 % suspension	gen	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	gen	
FML 0.1 % OINTMENT	npd	
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	npd	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	brd	QL (3 PER 30 DAYS)
ketorolac tromethamine (ketorolac tromethamine 0.4 % solution, ketorolac tromethamine 0.5 % solution)	gen	
loteprednol etabonate (0.2 % suspension, 0.5 % gel, 0.5 % suspension)	gen	
MAXIDEX 0.1 % SUSPENSION	npd	
prednisolone acetate 1 % suspension	gen	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	gen	
OFTÁLMICOS BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
betaxolol hcl (betaxolol hcl 0.5 % solution, betaxolol hcl 0.5 % solution)	gen	
BETOPTIC-S 0.25 % SUSPENSION	brd	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	gen	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	gen	
timolol hemihydrate 0.5 % solution	gen	
timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.25 % solution, 0.5 % gel f soln, 0.5 % solution)	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
timolol maleate (once-daily) 0.5 % solution	gen	
timolol maleate ocudose 0.5 % solution	gen	
timolol maleate pf (0.25 %, 0.5 %)	gen	
OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS		
acetazolamide er 500 mg cap 12h	gen	
apraclonidine hcl (apraclonidine hcl 0.5 % solution, apraclonidine hcl 0.5 % solution)	gen	
brimonidine tartrate (0.1 %, 0.15 %, 0.2 %)	gen	
brinzolamide 1 % suspension	gen	
dorzolamide hcl (dorzolamide hcl 2 % solution, dorzolamide hcl 2 % solution)	gen	
methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)	gen	
pilocarpine hcl (1 %, 2 %, 4 %)	gen	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	brd	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	brd	
OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS		
bimatoprost 0.03 % solution	gen	ST, QL (5 PER 30 DAYS)
latanoprost (latanoprost 0.005 % solution, latanoprost 0.005 % solution)	gen	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	brd	QL (5 ML PER 30 DAYS)
tafluprost (pf) 0.0015 % solution	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
travoprost (bak free) 0.004 % solution	gen	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	npd	
ÓTICOS		
acetic acid 2 % solution	gen	
ciprofloxacin hcl 0.2 % solution	gen	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	gen	
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE PF 0.3-0.025 % SOLUTION	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
ciprofloxacin-hydrocortisone 0.2-1 % suspension	npd	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	brd	
DERMOTIC 0.01 % OIL	brd	
flac 0.01 % oil	gen	
fluocinolone acetonide 0.01 % oil	gen	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution	gen	
neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)	gen	
ofloxacin 0.3 % solution	gen	

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR

ARNUITY ELLIPTA (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA)	brd	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	brd	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (50 MCG/ACT AEROSOL, 100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL)	brd	QL (13 PER 30 DAYS)
budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
QVAR REDIHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	brd	QL (21.2 PER 30 DAYS)
ANTIHISTAMÍNICOS		
azelastine hcl (0.1 %, 137 mcg/spray)	gen	QL (30 PER 25 DAYS)
cetirizine hcl (1 mg/ml, 5 mg/5ml)	gen	
cyproheptadine hcl 4 mg tab	gen	PA
DESLORATADINE (2.5 MG TAB DISP, 5 MG TAB DISP)	gen	ST
desloratadine 5 mg tab	gen	
hydroxyzine hcl (10 mg tab, 10 mg/5ml syrup, 25 mg tab, 50 mg tab, 50 mg/25ml syrup)	gen	PA
hydroxyzine pamoate (hydroxyzine pamoate 50 mg cap, hydroxyzine pamoate 100 mg cap, hydroxyzine pamoate 25 mg cap)	gen	PA
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab	gen	
olopatadine hcl 0.6 % solution	gen	QL (30.5 PER 30 DAYS)
promethazine hcl (6.25 mg/5ml, 12.5 mg/10ml)	gen	PA
ANTILEUCOTRIENOS		
montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab, 10 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
BRONCODILATADORES, ANTICHOLINERGIC		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	brd	QL (25.8 GM PER 30 DAYS)
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.02 % solution	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
ipratropium bromide 0.03 % solution	gen	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.06 % solution	gen	QL (45 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	brd	QL (4 PER 30 DAYS)
tiotropium bromide 18 mcg cap	brd	QL (30 PER 30 DAYS)
BRONCODILATADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	gen	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	gen	QL (13.4 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)	gen	QL (36 PER 30 DAYS)
albuterol sulfate (2 mg tab, 2 mg/5ml syrup, 4 mg tab, 8 mg/20ml syrup)	gen	
albuterol sulfate (albuterol sulfate 0.63 mg/3ml nebu soln, albuterol sulfate 1.25 mg/3ml nebu soln, albuterol sulfate 2.5 mg/0.5ml nebu soln, albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, albuterol sulfate (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, albuterol sulfate (5 mg/ml) 0.5% nebu soln)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln	gen	QL (36 PER 30 DAYS)
arformoterol tartrate 15 mcg/2ml nebu soln	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
epinephrine (epinephrine 0.3 mg/0.3ml soln a-inj, epinephrine 0.15 mg/0.15ml soln a-inj, epinephrine 0.3 mg/0.3ml soln a-inj, epinephrine 0.15 mg/0.3ml soln a-inj)	gen	QL (24 PER 365 DAYS)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	gen	QL (24 PER 365 DAYS)
formoterol fumarate 20 mcg/2ml nebu soln	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml soln, 0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/0.5ml soln, 1.25 mg/3ml soln)	gen	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	gen	QL (30 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
terbutaline sulfate (2.5 mg tab, 5 mg tab)	gen	
terbutaline sulfate 1 mg/ml solution	inj	
FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
KALYDECO (5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB)	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	spec	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
tobramycin 300 mg/4ml nebu soln	spec	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
tobramycin 300 mg/5ml nebu soln	spec	PA, QL (280 PER 56 DAYS)
TRIKAFTA (50-25-37.5 75 MG TAB THPK, 100-50-75 150 MG TAB THPK)	spec	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS		
cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS		
caffeine citrate 60 mg/3ml solution	gen	
elixophyllin 80 mg/15ml elixir	gen	
roflumilast 250 mcg tab	gen	QL (28 PER 180 DAYS)
roflumilast 500 mcg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
THEO-24 (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 400 MG CAP ER 24H)	brd	
theophylline (80 mg/15ml elixir, 80 mg/15ml solution)	gen	
theophylline er (theophylline er 300 mg tab er 12h, theophylline er 400 mg tab er 24h, theophylline er 450 mg tab er 12h, theophylline er 600 mg tab er 24h, theophylline er 100 mg tab er 12h, theophylline er 200 mg tab er 12h)	gen	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	spec	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
alyq 20 mg tab	npd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
bosentan (62.5 mg tab, 125 mg tab)	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
bosentan 32 mg tab sol	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
macitentan 10 mg tab	spec	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
riociguat (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab)	spec	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
sildenafil citrate 20 mg tab	gen	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
tadalafil (pah) 20 mg tab	npd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
UPTRAVI (200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB, 1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB)	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
UPTRAVI 100 MCG TAB	spec	PA, LA, QL (420 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 150 MCG TAB	spec	PA, LA, QL (560 PER 28 DAYS)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	spec	PA, LA, QL (200 PER 180 DAYS)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	spec	PA, QL (1 PER 21 DAYS)
FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA		
nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)	spec	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)	spec	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	spec	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
pirfenidone 801 mg tab	spec	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
acetylcysteine (10 %, 20 %)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (45-21 MCG/ACT AEROSOL, 115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL)	brd	QL (12 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
azelastine-fluticasone 137-50 mcg/act suspension	gen	QL (23 PER 30 DAYS)
benzonatate (benzonatate 100 mg cap, benzonatate 150 mg cap, benzonatate 150 mg cap, benzonatate 200 mg cap)	gen	EDC
BREO ELLIPTA (50-25 MCG/INH AER POW BA, 100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
breyna (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)	brd	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG/ACT AEROSOL	brd	QL (10.7 GM PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	brd	QL (10.7 PER 30 DAYS)
bromfed dm 2-30-10 mg/5ml syrup	gen	EDC
budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)	brd	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	brd	QL (4 PER 30 DAYS)
flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution	gen	QL (50 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate 50 mcg/act suspension	gen	QL (16 PER 30 DAYS)
fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)	gen	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (55-14 MCG/ACT AER POW BA, 113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA)	gen	QL (1 PER 30 DAYS)
g tussin ac 100-10 m/5ml solution	gen	QL (420 PER 30 DAYS), NDS, EDC
guaiatussin ac 100-10 mg/5ml syrup	gen	QL (420 PER 30 DAYS), NDS, EDC
guaifenesin ac 100-10 mg/5ml syrup	gen	QL (420 PER 30 DAYS), NDS, EDC

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
guaifenesin-codeine (100-10 mg/5ml, 200-20 mg/10ml)	gen	QL (420 PER 30 DAYS), NDS, EDC
hydrocod poli-chlorphe poli er (hydrocod poli-chlorphe poli er 10-8 mg/5ml susp, hydrocod poli-chlorphe poli er 10-8 mg/5ml susp)	gen	QL (70 PER 30 DAYS), NDS, EDC
hydrocodone bit-homatrop mbr 5-1.5 mg tab	gen	QL (42 PER 30 DAYS), NDS, EDC
hydrocodone bit-homatrop mbr 5-1.5 mg/5ml solution	gen	QL (210 PER 30 DAYS), NDS, EDC
hydromet 5-1.5 mg/5ml solution	gen	QL (210 PER 30 DAYS), NDS, EDC
ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
maxi-tuss ac 100-10 mg/5ml solution	gen	QL (420 PER 30 DAYS), NDS, EDC
mometasone furoate 50 mcg/act suspension	gen	QL (34 PER 30 DAYS)
NEBUSAL 3 % SOLN	gen	EDC
PROMETHAZINE VC 6.25-5 MG/5ML SYRUP	gen	PA
PROMETHAZINE VC/CODEINE 6.25-5-10 MG/5ML SYRUP	gen	PA, QL (240 PER 30 DAYS), NDS, EDC
promethazine-codeine (6.25-10 mg/5ml solution, 6.25-10 mg/5ml syrup)	gen	PA, QL (240 PER 30 DAYS), NDS, EDC
promethazine-dm 6.25-15 mg/5ml syrup	gen	PA, EDC
promethazine-phenyleph-codeine 6.25-5-10 mg/5ml syrup	gen	PA, QL (240 PER 30 DAYS), NDS, EDC
promethazine-phenylephrine (promethazine-phenylephrine 6.25-5 mg/5ml syrup, promethazine-phenylephrine 6.25-5 mg/5ml syrup)	gen	PA
pseudoeph-bromphen-dm 30-2-10 mg/5ml syrup	gen	EDC
PULMOSAL 7 % NEBU SOLN	gen	EDC
SODIUM CHLORIDE (3 % NEBU SOLN, 7 % NEBU SOLN, 10 % NEBU SOLN)	gen	EDC

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	brd	
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
wixela inhub (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)	gen	QL (60 PER 30 DAYS)
MIORRELAJANTES		
carisoprodol 350 mg tab	gen	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
cyclobenzaprine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	gen	PA
metaxalone (400 mg tab, 800 mg tab)	gen	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)	gen	PA
vanadom 350 mg tab	gen	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS		
DORMIR, MEDICAMENTOS PARA		
estazolam (1 mg tab, 2 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
FLURAZEPAM HCL (15 MG CAP, 30 MG CAP)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
ramelteon 8 mg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
tasimelteon 20 mg cap	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
temazepam (22.5 mg cap, 30 mg cap)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
temazepam 15 mg cap	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
temazepam 7.5 mg cap	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
triazolam 0.125 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
triazolam 0.25 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
zaleplon 10 mg cap	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
zaleplon 5 mg cap	gen	QL (4 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xii

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
zolpidem tartrate 10 mg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
zolpidem tartrate 5 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
zolpidem tartrate er 12.5 mg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
zolpidem tartrate er 6.25 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
EUGEROICOS		
armodafinil (50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab)	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
modafinil 100 mg tab	gen	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
modafinil 200 mg tab	gen	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
sodium oxybate (sodium oxybate 500 mg/ml solution, sodium oxybate 500 mg/ml solution)	spec	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

Índice de medicamentos

A

abacavir sulfate 55
abacavir sulfate-lamivudine 55
ABELCET 28
abigale 104
abigale lo 104
ABILIFY MAINTENA 49
abiraterone acetate 32
abirtega 32
ABRYSVO 121
acamprosate calcium 6
acarbose 60
accutane 84
acebutolol hcl 70
acetaminophen-codeine 3
acetazolamide 73
acetazolamide er 139
acetic acid 139
acetylcysteine 144
acitretin 84
ACTHIB 121
ACTIMMUNE 119
acyclovir 58,89
acyclovir sodium 58
ADACEL 121
adapalene 84
adefovir dipivoxil 53
ADEMPAS 144
ADTHYZA 114
ADVAIR HFA 144
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 126
AEROCHAMBER HOLDING CHAMBER . . 126
AEROCHAMBER MINI CHAMBER 126
AEROCHAMBER MV 126
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE 126
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU 126
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM 126
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE . . 126
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM 126
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL . . 126
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK 126
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU 126
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL 126
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS 126
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR 126
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE . . 126
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM 126
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL . . 126
AEROCHAMBER2GO ANTI-STATIC 126
AEROVENT PLUS 127
afirmelle 104
AIMOVIG 30
ak-poly-bac 135
AKEEGA 33
ala-cort 84
albendazole 45
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Proair) 142
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Proventil) 142
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin) 142
albuterol sulfate 142
albuterol sulfate hfa 142
alclometasone dipropionate 85
ALCOHOL 70% PADS 127
ALCOHOL PADS 127
ALCOHOL PREP 127
ALCOHOL PREP PADS 127
ALCOHOL SWABS 127
ALCOHOL SWABSTICK 127
alcohol wipes 87
ALDURAZYME 98
ALECENSA 35
alendronate sodium 124
alfuzosin hcl er 99
aliskiren fumarate 73
allopurinol 29
alosetron hcl 95

alprazolam . . . 58
alprazolam er . . . 58,59
ALPRAZOLAM INTENSOL . . . 59
alprazolam xr . . . 59
altavera . . . 104
ALUNBRIG . . . 35
alyacen 1/35 . . . 104
alyacen 7/7/7 . . . 104
alyq . . . 144
amabelz . . . 104
amantadine hcl . . . 47
ambrisentan . . . 144
AMERITHROID . . . 114
amethia . . . 104
amethyst . . . 104
amikacin sulfate . . . 7
amiloride hcl . . . 76
amiloride-hydrochlorothiazide . . . 73
amiodarone hcl . . . 69
amitriptyline hcl . . . 26
amlodipine besy-benazepril hcl . . . 73
amlodipine besylate . . . 71
amlodipine besylate-valsartan . . . 73
amlodipine-atorvastatin . . . 73
amlodipine-olmesartan . . . 74
amlodipine-valsartan-hctz . . . 74
ammonium lactate . . . 85
amnesteem . . . 84
amoxapine . . . 26
amoxicillin . . . 12
amoxicillin trihydrate . . . 12
amoxicillin-pot clavulanate . . . 12
amoxicillin-pot clavulanate er . . . 12
amphetamine sulfate . . . 79
amphetamine-dextroamphet er . . . 79
amphetamine-dextroamphetamine . . . 79
AMPHOTERICIN B . . . 28
amphotericin b liposome . . . 28
ampicillin . . . 12
ampicillin sodium . . . 12
ampicillin-sulbactam sodium . . . 13
anagrelide hcl . . . 66
ANALPRAM HC . . . 87
ANALPRAM-HC . . . 87
anastrozole . . . 35
ANORO ELLIPTA . . . 145
ANUCORT-HC . . . 85
ANUSOL-HC . . . 85
apomorphine hcl . . . 47
apraclonidine hcl . . . 139
aprepitant . . . 27
apri . . . 104
APTIVUS . . . 56
AQ INSULIN SYRINGE . . . 127
AQINJECT PEN NEEDLE . . . 127
ARALAST NP . . . 98
ARANELLE . . . 104
ARANESP (ALBUMIN FREE) . . . 66
ARCALYST . . . 117
AREXVY . . . 121
arformoterol tartrate . . . 142
ARGYLE STERILE WATER . . . 127
ARIKAYCE . . . 7
aripiprazole . . . 49
armodafinil . . . 148
ARMOUR THYROID . . . 114
ARNUITY ELLIPTA . . . 140
ascomp-codeine . . . 3
asenapine maleate . . . 49
ashlyna . . . 104
ASMANEX (120 METERED DOSES) . . . 140
ASMANEX (14 METERED DOSES) . . . 140
ASMANEX (30 METERED DOSES) . . . 140
ASMANEX (60 METERED DOSES) . . . 140
ASMANEX HFA . . . 140
aspirin-dipyridamole er . . . 67
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES . . . 127
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES . . . 127
atazanavir sulfate . . . 56
atenolol . . . 70
atenolol-chlorthalidone . . . 74
atomoxetine hcl . . . 80

atorvastatin calcium . . . 77
atovaquone . . . 45
atovaquone-proguanil hcl . . . 45
atropine sulfate . . . 135
ATROVENT HFA . . . 141
aubra . . . 104
aubra eq . . . 104
AUGMENTIN . . . 13
AUGTYRO . . . 33,34
AUM ALCOHOL PREP PADS . . . 127
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE . . . 127
AUM PEN NEEDLE . . . 127
AURANOFIN . . . 117
aurovela 1.5/30 . . . 104
aurovela 1/20 . . . 104
aurovela 24 fe . . . 104
aurovela fe 1.5/30 . . . 104
aurovela fe 1/20 . . . 104
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE . . . 127
AUVELITY . . . 23
AUVELITY TITRATION PACK . . . 23
AVAR-E EMOLLIENT . . . 87
avar-e green . . . 87
aviane . . . 104
avidoxy . . . 16
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK . . . 35
ayuna . . . 104
AYVAKIT . . . 35
azasan . . . 119
azathioprine . . . 119
AZATHIOPRINE SODIUM . . . 119
azelaic acid . . . 84
azelastine hcl . . . 137,141
azelastine-fluticasone . . . 145
azithromycin . . . 14
aztreonam . . . 7
azurette . . . 104

B

bac (butalbital-acetamin-caff) . . . 82
bacitra-neomycin-polymyxin-hc . . . 135
BACITRACIN . . . 137
BACITRACIN-POLYMYXIN B . . . 135
baclofen . . . 53
balsalazide disodium . . . 124
BALVERSA . . . 35
balziva . . . 104
BAQSIMI ONE PACK . . . 62
BAQSIMI TWO PACK . . . 62
BARACLUDE . . . 53
BCG VACCINE . . . 121
BD INSULIN SYRINGE . . . 127
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC . . . 127
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC . . . 127
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC . . . 127
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC . . . 127
benazepril hcl . . . 69
benazepril-hydrochlorothiazide . . . 74
BENLYSTA . . . 117
BENZNIDAZOLE . . . 45
benzonatate . . . 145
benzoyl peroxide-erythromycin . . . 84
benztropine mesylate . . . 46
bepotastine besilate . . . 137
BESIVANCE . . . 15
BESREMI . . . 119
BESREMI PEN . . . 34
betaine . . . 98
betamethasone dipropionate . . . 85
betamethasone dipropionate aug . . . 85
betamethasone valerate . . . 85
BETASERON . . . 83
betaxolol hcl . . . 70,138
bethanechol chloride . . . 100
BETOPTIC-S . . . 138
bexarotene . . . 45
BEXSERO . . . 121
bicalutamide . . . 32

BICILLIN C-R . . . 13
BICILLIN C-R 900/300 . . . 13
BICILLIN L-A . . . 13
BIKTARVY . . . 54
BILDYOS . . . 124
BILPREVDA . . . 124
bimatoprost . . . 139
bisoprolol fumarate . . . 70
bisoprolol-hydrochlorothiazide . . . 74
BIXLENVO . . . 54
blisovi 24 fe . . . 104
blisovi fe 1.5/30 . . . 104
blisovi fe 1/20 . . . 105
BOOSTRIX . . . 121
bosentan . . . 144
BOSULIF . . . 35,36
bosutinib . . . 36
BRAFTOVI . . . 36
BREATHE COMFORT CHAMBER/ADULT 128
BREATHE COMFORT CHAMBER/CHILD . 128
BREATHE EASE LARGE . . . 128
BREATHE EASE MEDIUM . . . 128
BREATHE EASE SMALL . . . 128
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER . . 128
BREO ELLIPTA . . . 145
breyna . . . 145
BREZTRI AEROSPHERE . . . 145
briellyn . . . 105
brimonidine tartrate . . . 139
brimonidine tartrate-timolol . . . 135
brinzolamide . . . 139
brivaracetam . . . 17
bromfed dm . . . 145
bromfenac sodium (once-daily) . . . 138
bromocriptine mesylate . . . 47
BRUKINSA . . . 36
budesonide . . . 124,140
budesonide er . . . 124
budesonide-formoterol fumarate . . . 145
bumetanide . . . 76
buprenorphine . . . 2
buprenorphine hcl . . . 6
buprenorphine hcl-naloxone hcl . . . 6
bupropion hcl . . . 23
bupropion hcl er (smoking det) . . . 7
bupropion hcl er (sr) . . . 23
bupropion hcl er (xl) . . . 23,24
buspirone hcl . . . 58
butalbital-acetaminophen . . . 82
butalbital-apap-caff-cod . . . 3
butalbital-apap-caffeine . . . 82
butalbital-asa-caff-codeine . . . 3
butalbital-aspirin-caffeine . . . 1
butorphanol tartrate . . . 3
BYSANTI . . . 49
BYSANTI TITRATION PACK A . . . 49
BYSANTI TITRATION PACK B . . . 49
BYSANTI TITRATION PACK C . . . 49

C

CABENUVA . . . 56
cabergoline . . . 115
CABOMETYX . . . 36
caffeine citrate . . . 143
calcipotriene . . . 87
calcipotriene-betameth diprop . . . 87
calcitonin (salmon) . . . 124
calcitrene . . . 87
CALCITRIOL . . . 87,125
calcitriol . . . 124
calcium acetate (phos binder) . . . 93
CALQUENCE . . . 36
camila . . . 113
camrese . . . 105
camrese lo . . . 105
candesartan cilexetil . . . 68
candesartan cilexetil-hctz . . . 74
CAPLYTA . . . 49
CAPRELSA . . . 36
captopril . . . 69
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE . . 74
carbamazepine . . . 21

carbamazepine er . . . 21
carbidopa . . . 47
carbidopa-levodopa . . . 47
carbidopa-levodopa er . . . 47
carbidopa-levodopa-entacapone . . . 47
CARETOUCH ALCOHOL PREP . . . 128
carglumic acid . . . 98
carisoprodol . . . 147
CARTEOLOL HCL . . . 138
cartia xt . . . 72
carvedilol . . . 70
carvedilol phosphate er . . . 70
cataflam . . . 1
CAYSTON . . . 8
CEFACLOR . . . 10
CEFACLOR ER . . . 10
cefadroxil . . . 10
cefazolin sodium . . . 10
cefdinir . . . 10
cefepime hcl . . . 10
cefixime . . . 10
cefotetan disodium . . . 10
cefoxitin sodium . . . 10
CEFPODOXIME PROXETIL . . . 11
cefprozil . . . 11
ceftaroline fosamil . . . 11
CEFTAZIDIME . . . 11
ceftriaxone sodium . . . 11
cefuroxime axetil . . . 11
cefuroxime sodium . . . 11
celecoxib . . . 1
cephalexin . . . 11
cetirizine hcl . . . 141
cevimeline hcl . . . 83
charlotte 24 fe . . . 105
chateal . . . 105
chateal eq . . . 105
CHEMET . . . 93
chlordiazepoxide-clidinium . . . 95
chlorhexidine gluconate . . . 83
chloroquine phosphate . . . 45
chlorpromazine hcl . . . 48
chlorthalidone . . . 76
cholestyramine . . . 77
cholestyramine light . . . 77
ciclodan . . . 89
ciclopirox . . . 89
ciclopirox olamine . . . 89
cilostazol . . . 67
CILOXAN . . . 15
CIMDUO . . . 55
cimetidine . . . 97
cinacalcet hcl . . . 125
ciprofloxacin . . . 15
ciprofloxacin hcl . . . 15,139
ciprofloxacin in d5w . . . 15
ciprofloxacin-dexamethasone . . . 140
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE PF . . . 140
ciprofloxacin-hydrocortisone . . . 140
citalopram hydrobromide . . . 24
claravis . . . 84
clarithromycin . . . 14
clarithromycin er . . . 14
CLEOCIN . . . 8
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS . . . 128
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER . . . 128
CLIMARA PRO . . . 105
clindacin . . . 89
clindacin etz . . . 89
clindacin-p . . . 89
clindamycin hcl . . . 8
clindamycin palmitate hcl . . . 8
clindamycin phos (once-daily) . . . 89
clindamycin phos (twice-daily) . . . 89
clindamycin phos-benzoyl perox . . . 84
clindamycin phosphate . . . 8,89
clindamycin phosphate in d5w . . . 8
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL . . . 8
CLINDESSE . . . 8
clobazam . . . 19
clobetasol prop emollient base . . . 85
clobetasol propionate . . . 85

clodan....85
clomipramine hcl....26
clonazepam....59
clonidine....68
clonidine hcl....68
clonidine hcl er....80
clopidogrel bisulfate....67
clorazepate dipotassium....59
clotrimazole....28
clotrimazole-betamethasone....88
clozapine....52
COARTEM....45
COBENFY....52
COBENFY STARTER PACK....52
codeine sulfate....4
CODEINE SULFATE....4
colchicine....29
colchicine-probenecid....29
colesevelam hcl....77
colestipol hcl....77
colistimethate sodium (cba)....8
COMBIVENT RESPIMAT....145
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)....36
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)....36
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)....36
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE....128
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES....128
COMPACT SPACE CHAMBER....128
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK....128
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK....128
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK....128
compro....27
constulose....94
COPIKTRA....36
CORLANOR....74
CORTIFOAM....124
CORTISONE ACETATE....101
CORTISPORIN-TC....140
COSENTYX....117
COSENTYX (300 MG DOSE)....117
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)....117
COSENTYX SENSOREADY PEN....117
COSENTYX UNOREADY....117
COTELLIC....36
COVARYX....105
COVARYX HS....105
CREON....98
CRESEMBA....28
cromolyn sodium....96,137,143
cryselle....105
cryselle-28....105
CVS ALCOHOL PREP PADS....128
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE....128
cvs isopropyl alcohol wipes....88
cyanocobalamin....94
cyclobenzaprine hcl....147
CYCLOPHOSPHAMIDE....31
cyclosporine....119
cyclosporine modified....119
cyproheptadine hcl....141
cyred....105
cyred eq....105
CYSTAGON....98
CYTRA K CRYSTALS....100

D

dabigatran etexilate mesylate....65
dalfampridine er....83
danazol....103
dantrolene sodium....53
dapaglifloz base-metformin er....60
dapagliflozin....78
dapsone....31,89
DAPTACEL....121
daptomycin....8
darifenacin hydrobromide er....99
darunavir....56,57
dasatinib....36
dasetta 1/35....105
dasetta 7/7/7....105
DAURISMO....37

daysee . . . 105
deblitane . . . 113
deferasirox . . . 93
DELSTRIGO . . . 54
delyla . . . 105
demeclocycline hcl . . . 16
DENGVAXIA . . . 121
DEPO-ESTRADIOL . . . 105
DEPO-SUBQ PROVERA 104 . . . 113
depo-testosterone . . . 103
DERMOTIC . . . 140
DESCOVY . . . 55
desipramine hcl . . . 26
DESLORATADINE . . . 141
desloratadine . . . 141
desmopressin ace spray refrig . . . 102
desmopressin acetate . . . 102,103
desmopressin acetate pf . . . 103
desmopressin acetate spray . . . 103
desogestrel-ethinyl estradiol . . . 105
desonide . . . 85
desoximetasone . . . 85
desvenlafaxine succinate er . . . 24
dexamethasone . . . 101
DEXAMETHASONE INTENSOL . . . 101
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID . . . 101
dexamethasone sod phosphate pf . . . 101
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE . . . 101,138
dexmethylphenidate hcl . . . 80
dexmethylphenidate hcl er . . . 80
dextroamphetamine sulfate . . . 79,80
dextroamphetamine sulfate er . . . 80
dextromethorphan-quinidine . . . 82
dextrose . . . 90
dextrose in lactated ringers . . . 90
DEXTROSE-NACL . . . 90
dextrose-sodium chloride . . . 90
DIACOMIT . . . 17
diazepam . . . 19,59
diazepam intensol . . . 59
diazoxide . . . 62
diclofenac potassium . . . 1
diclofenac sodium . . . 1,138
diclofenac sodium er . . . 1
diclofenac-misoprostol . . . 1
dicloxacillin sodium . . . 13
dicyclomine hcl . . . 95
DIFICID . . . 14
DIFLORASONE DIACETATE . . . 85
diflunisal . . . 1
difluprednate . . . 138
digitek . . . 69
digox . . . 69
digoxin . . . 69
dihydroergotamine mesylate . . . 30
DILANTIN . . . 21
DILANTIN INFATABS . . . 21
DILANTIN-125 . . . 21
dilt-xr . . . 72
diltiazem hcl . . . 72
DILTIAZEM HCL 120 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE . . . 72
DILTIAZEM HCL 180 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE . . . 72
DILTIAZEM HCL 240 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE . . . 72
DILTIAZEM HCL 300 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE . . . 72
DILTIAZEM HCL 360 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE . . . 72
diltiazem hcl er . . . 72
diltiazem hcl er beads . . . 72
dimethyl fumarate . . . 83
dimethyl fumarate starter pack . . . 83
DIPENTUM . . . 124
diphenoxylate-atropine . . . 95
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT . . . 121
dipyridamole . . . 67
DISKETS . . . 2
disopyramide phosphate . . . 69
disulfiram . . . 6

divalproex sodium . . . 17
divalproex sodium er . . . 17
dodex . . . 94
dofetilide . . . 70
dolishale . . . 105
donepezil hcl . . . 22
DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 10 MG . . . 22
DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 5 MG . . . 23
dorzolamide hcl . . . 139
dorzolamide hcl-timolol mal . . . 136
dorzolamide hcl-timolol mal pf . . . 136
dotti . . . 105
DOVATO . . . 54
doxazosin mesylate . . . 68
doxepin hcl . . . 26
doxercalciferol . . . 125
doxy 100 . . . 16
doxycycline . . . 16
doxycycline hyclate . . . 16
doxycycline monohydrate . . . 16
doxylamine-pyridoxine . . . 27
DRIZALMA SPRINKLE . . . 82
dronabinol . . . 27
DROPLET INSULIN SYRINGE . . . 129
DROPLET MICRON . . . 129
DROPLET PEN NEEDLES . . . 129
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO . . . 129
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE . . . 129
drospiren-eth estrad-levomefol . . . 105
drospirenone-ethinyl estradiol . . . 105
DROXIA . . . 98
droxidopa . . . 68
duloxetine hcl . . . 83
DUPIXENT . . . 117
dutasteride . . . 99
dutasteride-tamsulosin hcl . . . 100

E

e.e.s. 400 . . . 14
EASIVENT . . . 129
EASIVENT MASK LARGE . . . 129
EASIVENT MASK MEDIUM . . . 129
EASIVENT MASK SMALL . . . 129
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE . . . 129
EASY COMFORT PEN NEEDLES . . . 129
EASY TOUCH INSULIN BARRELS . . . 129
ec-naproxen . . . 1
econazole nitrate . . . 28
ed-spaz . . . 95
EDURANT PED . . . 54
EEMT . . . 106
EEMT HS . . . 106
EFAVIRENZ . . . 54
efavirenz . . . 54
efavirenz-emtricitab-tenofo df . . . 54
efavirenz-lamivudine-tenofovir . . . 54
EFFER-K . . . 90
ELAPRASE . . . 98
elinest . . . 106
ELIQUIS . . . 65
ELIQUIS (1.5 MG PACK) . . . 65
ELIQUIS (2 MG PACK) . . . 65
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK . . . 65
elixophyllin . . . 143
ELMIRON . . . 100
eltrombopag olamine . . . 66,67
eluryng . . . 106
EMBECTA AUTOSHIELD DUO . . . 130
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT . . . 130
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE . . . 130
EMBECTA INSULIN SYRINGE . . . 130
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 . . . 130
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 . . . 130
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F . . . 130
EMBECTA PEN NEEDLE NANO . . . 130
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN . . . 130
EMBECTA PEN NEEDLE U/F . . . 130
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE . . . 130
EMBRACE PEN NEEDLES . . . 130
EMGALITY . . . 30

EMGALITY (300 MG DOSE) 30
EMSAM 24
emtricitab-rilpivir-tenofov df 54
emtricitabine 55
emtricitabine-tenofovir df 55
EMTRIVA 55
emzahh 113
enalapril maleate 69
enalapril-hydrochlorothiazide 74
ENBREL 119
ENBREL MINI 119
ENBREL SURECLICK 119
endocet 4
ENGERIX-B 122
enilloring 106
enoxaparin sodium 65
enpresse-28 106
ENSACOVE 35
enskyce 106
entacapone 47
entecavir 53
ENTRESTO 74
enulose 94
ENVARSUS XR 119
EPIDIOLEX 17
EPIFOAM 88
epinastine hcl 137
epinephrine 142
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK) 142
epitol 21
EPIVIR HBV 53
eplerenone 76
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC 130
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC L 130
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC M 130
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC S 131
EQUETRO 59
ergocalciferol 125
ERGOLOID MESYLATES 22
ERGOTAMINE-CAFFEINE 30
ERIVEDGE 37
ERLEADA 32
erlotinib hcl 37
errin 113
ertapenem sodium 14
ERY 89
ery-tab 14
erythrocin lactobionate 14
ERYTHROCIN STEARATE 14
erythromycin 14,89,137
erythromycin base 15
erythromycin ethylsuccinate 15
erythromycin lactobionate 15
ERZOFRI 49,50
escitalopram oxalate 25
esgic 82
eslicarbazepine acetate 21
esomeprazole magnesium 97
est estrogens-methyltest 106
est estrogens-methyltest ds 106
est estrogens-methyltest hs 106
estarylla 106
estazolam 147
estradiol 106
estradiol valerate 106
estradiol-norethindrone acet 106
estratest f.s. 106
ESTRATEST H.S. 107
ESTRING 107
estrogens conjugated 107
eszopiclone 147
ethambutol hcl 31
ethosuximide 19
ethynodiol diac-eth estradiol 107
etodolac 1
etodolac er 1
etonogestrel-ethinyl estradiol 107
etravirine 54,55
EUCRISA 86
EULEXIN 32
euthyrox 114

everolimus 37,120
EVEXITHROID 114
EVOTAZ 57
exemestane 35
EXXUA 24
EXXUA TITRATION PACK 24
ezetimibe 78
ezetimibe-simvastatin 78

F

falmina 107
famciclovir 58
famotidine 97
FANAPT 50
FANAPT TITRATION PACK A 50
FANAPT TITRATION PACK B 50
FANAPT TITRATION PACK C 50
FARXIGA 78
fayosim 107
febuxostat 30
feirza 1.5/30 107
feirza 1/20 107
felbamate 17
felodipine er 71
femynor 107
fenofibrate 77
fenofibrate micronized 77
fenofibric acid 77
fentanyl 2
fesoterodine fumarate er 99
FETZIMA 25
FETZIMA TITRATION 25
FIASP 63
FIASP FLEXTOUCH 63
FIASP PENFILL 63
FIASP PUMPCART 63
fidaxomicin 15
finasteride 100
fingolimod hcl 83
FINTEPLA 17
finzala 107
flac 140
flavoxate hcl 99
flecainide acetate 70
FLEXICHAMBER 131
fluconazole 28
fluconazole in sodium chloride 28
flucytosine 28
fludrocortisone acetate 101
flunisolide 145
fluocinolone acetonide 86,140
fluocinolone acetonide body 86
fluocinolone acetonide scalp 86
fluocinonide 86
fluocinonide emulsified base 86
fluorometholone 138
fluorouracil 88
fluoxetine hcl 25
FLUOXETINE HCL 25
FLUOXETINE HCL (PMDD) 25
fluphenazine decanoate 48
fluphenazine hcl 48
FLUPHENAZINE HCL 48
FLURAZEPAM HCL 147
FLURBIPROFEN 1
FLURBIPROFEN SODIUM 138
FLUTAMIDE 32
fluticasone propionate 86,145
fluticasone-salmeterol 145
FLUTICASONE-SALMETEROL 145
fluvastatin sodium 77
fluvastatin sodium er 77
fluvoxamine maleate 25
fluvoxamine maleate er 25
FML 138
FML FORTE 138
folic acid 94
fondaparinux sodium 65
formoterol fumarate 142
fosamprenavir calcium 57
fosfomycin tromethamine 8
fosinopril sodium 69

fosinopril sodium-hctz . . . 74
FOTIVDA . . . 37
FRUZAQLA . . . 34
FULPHILA . . . 67
fulvestrant . . . 33
furosemide . . . 76
FUROSEMIDE . . . 76
fyavolv . . . 107

G

g tussin ac . . . 145
gabapentin . . . 19
galantamine hydrobromide . . . 23
galantamine hydrobromide er . . . 23
galbriela . . . 107
gallifrey . . . 113
GAMUNEX-C . . . 117
GARDASIL 9 . . . 122
gatifloxacin . . . 137
GAUZE PADS 2 . . . 131
GAVILYTE-C . . . 96
gavilyte-g . . . 96
gavilyte-n with flavor pack . . . 94
GAVRETO . . . 37
gefitinib . . . 37
gemfibrozil . . . 77
gemmily . . . 107
GEMTESA . . . 99
generlac . . . 94
gengraf . . . 120
GENTAK . . . 137
gentamicin sulfate . . . 7,137
GENVOYA . . . 54
GILOTRIF . . . 37
glatiramer acetate . . . 83
glatopa . . . 83
glimepiride . . . 60
glipizide . . . 60
glipizide er . . . 60
glipizide xl . . . 60
glipizide-metformin hcl . . . 60
GLUCAGEN HYPOKIT . . . 62
glucagon emergency . . . 62
glyburide . . . 60
GLYBURIDE MICRONIZED . . . 60
glyburide-metformin . . . 60
glycopyrrolate . . . 95
GLYXAMBI . . . 60
GNP PEN NEEDLES . . . 131
GOMEKLI . . . 37
GOODSENSE ALCOHOL SWABS . . . 131
granisetron hcl . . . 27
griseofulvin microsize . . . 28
griseofulvin ultramicrosize . . . 28
guaiatussin ac . . . 145
guaifenesin ac . . . 145
guaifenesin-codeine . . . 146
guanfacine hcl . . . 68
guanfacine hcl er . . . 80
GYNAZOLE-1 . . . 28

H

HADLIMA . . . 120
HADLIMA PUSHTOUCH . . . 120
HAEGARDA . . . 116
hailey 1.5/30 . . . 107
hailey 24 fe . . . 107
hailey fe 1.5/30 . . . 107
hailey fe 1/20 . . . 107
halobetasol propionate . . . 86
haloette . . . 107
haloperidol . . . 48
haloperidol decanoate . . . 48
haloperidol lactate . . . 48
HAVRIX . . . 122
heather . . . 113
HEMMOREX-HC . . . 86
heparin sodium (porcine) . . . 65
heparin sodium (porcine) pf . . . 65
HEPLISAV-B . . . 122
HERNEXEOS . . . 37
HIBERIX . . . 122

HIZENTRA....117
HOMATROPAIRE....136
HUMALOG....63
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN....63
HUMALOG KWIKPEN....63
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN....63
HUMALOG MIX 75/25....63
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN....63
HUMULIN 70/30....63
HUMULIN 70/30 KWIKPEN....63
HUMULIN N....63
HUMULIN N KWIKPEN....63
HUMULIN R....63
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)....63
HUMULIN R U-500 KWIKPEN....63
hydralazine hcl....78
hydrochlorothiazide....76
hydrocod poli-chlorphe poli er....146
hydrocodone bit-homatrop mbr....146
hydrocodone-acetaminophen....4
hydrocodone-ibuprofen....4
hydrocortisone....86,124
hydrocortisone (perianal)....86
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE....88
hydrocortisone acetate....86
HYDROCORTISONE BUTYRATE....86
hydrocortisone valerate....86
hydrocortisone-acetic acid....140
hydromet....146
hydromorphone hcl....4
HYDROMORPHONE HCL....4
hydromorphone hcl er....2
hydroxychloroquine sulfate....46
hydroxyurea....34
hydroxyzine hcl....141
hydroxyzine pamoate....141
hyoscyamine sulfate....96
hyoscyamine sulfate er....96
HYOSCYAMINE SULFATE SL....96
HYOSYNE....96
HYRNUO....37

I

ibandronate sodium....125
IBRANCE....37
IBTROZI....38
ibu....1
ibuprofen....1
icatibant acetate....117
iclevia....107
ICLUSIG....38
icosapent ethyl....78
IDHIFA....38
IDVYNSO....56
ILEVRO....138
imatinib mesylate....38
IMBRUVICA....38
imipenem-cilastatin....14
imipramine hcl....26
imiquimod....88
IMKELDI....38
IMOVAX RABIES....122
IMPAVIDO....46
incassia....113
INCRELEX....103
INCRUSE ELLIPTA....141
indapamide....76
indomethacin....1
indomethacin er....1
INFANRIX....122
INLURIYO....33
INLYTA....38
INQOVI....34
INREBIC....38
INSPIREASE....131
INSULIN ASPART....63
INSULIN ASPART FLEXPEN....64
INSULIN ASPART PENFILL....64
INSULIN LISPRO....64
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL)....64
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN....64
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO....64

INSULIN PEN NEEDLES . . . 131
INSULIN SYRINGE 0.3 ML . . . 131
INSULIN SYRINGE 0.5 ML . . . 131
INSULIN SYRINGE 1 ML . . . 131
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 . . . 131
INSUPEN PEN NEEDLES . . . 131
INSUPEN32G EXTR3ME . . . 131
INTELENCE . . . 55
INTRALIPID . . . 131
introvale . . . 107
INVEGA HAFYERA . . . 50
INVEGA SUSTENNA . . . 50
INVEGA TRINZA . . . 50
IPOL . . . 122
ipratropium bromide . . . 141
ipratropium-albuterol . . . 146
irbesartan . . . 68
irbesartan-hydrochlorothiazide . . . 74
ISENTRESS . . . 54
ISENTRESS HD . . . 54
isibloom . . . 107
isoniazid . . . 31
isopropyl alcohol . . . 88
isopropyl alcohol wipes . . . 88
isosorb dinitrate-hydralazine . . . 74
isosorbide dinitrate . . . 78
isosorbide mononitrate . . . 78
isosorbide mononitrate er . . . 79
isotretinoin . . . 84
isradipine . . . 71
ITOVEBI . . . 38
itraconazole . . . 28,29
ivabradine hcl . . . 74
ivermectin . . . 45
IWILFIN . . . 34
IXIARO . . . 122

J

jaimiess . . . 107
JAKAFI . . . 38
JAKAFI XR . . . 38
jantoven . . . 66
JANUVIA . . . 60
JARDIANCE . . . 78
jasmiel . . . 107
JAYPIRCA . . . 38
jencycla . . . 113
JENTADUETO . . . 61
JENTADUETO XR . . . 61
JIDEYTRO . . . 38,39
jinteli . . . 107
jolessa . . . 107
joyeaux . . . 107
JUBBONTI . . . 125
juleber . . . 108
JULUCA . . . 54
junel 1.5/30 . . . 108
junel 1/20 . . . 108
junel fe 1.5/30 . . . 108
junel fe 1/20 . . . 108
junel fe 24 . . . 108
JYNNEOS . . . 122

K

k-prime . . . 90
kaitlib fe . . . 108
KALETRA . . . 57
kalliga . . . 108
KALYDECO . . . 143
kariva . . . 108
kcl in dextrose-nacl . . . 91
KCL-LACTATED RINGERS-D5W . . . 91
kelnor 1/35 . . . 108
kelnor 1/50 . . . 108
KERENDIA . . . 61
ketoconazole . . . 29
ketorolac tromethamine . . . 138
KINRIX . . . 122
kionex . . . 94
KISQALI (200 MG DOSE) . . . 39
KISQALI (400 MG DOSE) . . . 39
KISQALI (600 MG DOSE) . . . 39

KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 39
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 39
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 39
klayesta 29
klor-con 91
klor-con 10 91
klor-con m10 91
klor-con m15 91
klor-con m20 91
klor-con/ef 91
KLOXXADO 6
KOMZIFTI 39
KOSELUGO 39
kourzeq 83
KRAZATI 39
kurvelo 108

L

l-glutamine 98
labetalol hcl 70
lacosamide 21
lactated ringers 91,131
lactulose 94
lactulose encephalopathy 94
LAGEVRIO 58
lamivudine 53,55
lamivudine-zidovudine 55
lamotrigine 17
lamotrigine er 17
lamotrigine odt 17
lamotrigine starter kit-blue 17
lamotrigine starter kit-green 18
lamotrigine starter kit-orange 18
lansoprazole 97
LANTUS 64
LANTUS SOLOSTAR 64
lapatinib ditosylate 39
larin 1.5/30 108
larin 1/20 108
larin 24 fe 108
larin fe 1.5/30 108
larin fe 1/20 108
larissia 108
latanoprost 139
layolis fe 108
LAZCLUZE 35
LEDERLE LEUCOVORIN 34
leena 108
leflunomide 120
lenalidomide 33
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 39
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 39
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 39
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 39
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 39
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 40
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 40
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 40
lessina 108
letrozole 35
leucovorin calcium 34
LEUKERAN 32
leuprolide acetate 115
levalbuterol hcl 142
LEVALBUTEROL TARTRATE 142
levetiracetam 18
levetiracetam er 18
levo-t 114
LEVOBUNOLOL HCL 138
levocarnitine 98
levocarnitine sf 98
levocetirizine dihydrochloride 141
levofloxacin 15
LEVOFLOXACIN 137
levofloxacin in d5w 15
levonest 108
levonorg-eth estrad triphasic 108
levonorgest-eth est & eth est 108
levonorgest-eth estrad 91-day 108
levonorgest-eth estradiol-iron 108
levonorgestrel-ethinyl estrad 108
levora 0.15/30 (28) 109

levothyroxine sodium . . . 115
levoxyl . . . 115
LEXIVA . . . 57
lidocaine . . . 6
lidocaine hcl . . . 6
LIDOCAINE HCL . . . 6
lidocaine viscous hcl . . . 6
lidocaine-prilocaine . . . 6
lidocan . . . 6
LIFYORLI (125 MG DOSE) . . . 40
LIFYORLI (150 MG DOSE) . . . 40
LILETTA (52 MG) . . . 113
lillow . . . 109
lincomycin hcl . . . 8
linezolid . . . 8
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE . . . 8
LINZESS . . . 94
liothyronine sodium . . . 115
lisdexamfetamine dimesylate . . . 80
lisinopril . . . 69
lisinopril-hydrochlorothiazide . . . 74
lithium . . . 59
lithium carbonate . . . 60
lithium carbonate er . . . 60
LIVTENCITY . . . 53
lo-zumandimine . . . 109
loestrin 1.5/30 (21) . . . 109
loestrin 1/20 (21) . . . 109
loestrin fe 1.5/30 . . . 109
loestrin fe 1/20 . . . 109
lojaimiess . . . 109
LOKELMA . . . 94
lomustine . . . 32
LONSURF . . . 34
loperamide hcl . . . 95
lopinavir-ritonavir . . . 57
lorazepam . . . 59
lorazepam intensol . . . 59
LORBRENA . . . 40
loryna . . . 109
losartan potassium . . . 68
losartan potassium-hctz . . . 74
loteprednol etabonate . . . 138
loteprednol-tobramycin . . . 136
lovastatin . . . 77
low-ogestrel . . . 109
loxapine succinate . . . 48
lubiprostone . . . 94
luizza 1.5/30 . . . 109
luizza 1/20 . . . 109
LULICONAZOLE . . . 29
LUMAKRAS . . . 40
LUMIGAN . . . 139
LUPRON DEPOT (1-MONTH) . . . 115
LUPRON DEPOT (3-MONTH) . . . 116
LUPRON DEPOT (4-MONTH) . . . 116
LUPRON DEPOT (6-MONTH) . . . 116
lurasidone hcl . . . 51
lutera . . . 109
LYBALVI . . . 24
lyleq . . . 113
lyllana . . . 109
LYNPARZA . . . 40
LYSODREN . . . 34
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) . . . 40
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) . . . 40
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) . . . 40
lyza . . . 113

M

M-M-R II . . . 122
macitentan . . . 144
mafenide acetate . . . 90
magnesium sulfate . . . 91
malathion . . . 89
maraviroc . . . 56
marlissa . . . 109
MARPLAN . . . 24
MATULANE . . . 32
matzim la . . . 72
MAVYRET . . . 53
maxi-tuss ac . . . 146

MAXIDEX....138
meclizine hcl....27
medpura alcohol pads....88
MEDROL....101
medroxyprogesterone acetate....113
mefloquine hcl....46
megestrol acetate....113
MEKINIST....40
MEKTOVI....40
meleya....113
meloxicam....2
MELPHALAN....32
memantine hcl....23
memantine hcl er....23
memantine hcl-donepezil hcl....22
memantine hcl-donepezil hcl er....22
MENACTRA....122
MENEST....109
MENQUADFI....122
MENVEO....122
MEPHYTON....67
meprobamate....58
mercaptopurine....33
meropenem....14
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE....14
merzee....109
mesalamine....124
mesalamine er....124
mesna....45
metaxalone....147
metformin hcl....61
metformin hcl er....61
methadone hcl....2,3
methadone hcl intensol....3
methadose....3
methazolamide....139
methenamine hippurate....8
methergine....131
methimazole....116
methocarbamol....147
METHOTREXATE SODIUM....120
methotrexate sodium....120
methotrexate sodium (pf)....120
METHOXSALEN RAPID....88
methscopolamine bromide....96
methsuximide....19
METHYLDOPA....68
methylergonovine maleate....131
methylphenidate hcl....81
METHYLPHENIDATE HCL ER....81
methylphenidate hcl er....81
methylphenidate hcl er (cd)....81
methylphenidate hcl er (la)....81
methylphenidate hcl er (osm)....81
methylphenidate hcl er(diffus)....82
methylprednisolone....101
methylprednisolone acetate....102
methylprednisolone sodium succ....102
methyltestosterone....103
metoclopramide hcl....27
METOCLOPRAMIDE HCL....27
metolazone....76
metoprolol succinate er....71
metoprolol tartrate....71
metoprolol-hydrochlorothiazide....74
metronidazole....8,9
metyrosine....75
mexiletine hcl....70
mibelas 24 fe....109
micafungin sodium....29
MICONAZOLE 3....29
MICROCHAMBER....131
microgestin 1.5/30....109
microgestin 1/20....109
microgestin 24 fe....109
microgestin fe 1.5/30....109
microgestin fe 1/20....109
MICROSPACER....131
midodrine hcl....68
mifepristone....116
MIGERGOT....30
miglitol....61

mili . . . 109
mimvey . . . 109
minocycline hcl . . . 16
minoxidil . . . 78
minzoya . . . 109
mirtazapine . . . 24
misoprostol . . . 97
modafinil . . . 148
MODEYSO . . . 34
moexipril hcl . . . 69
MOLINDONE HCL . . . 48,49
mometasone furoate . . . 86,146
mondoxyne nl . . . 16
mono-linyah . . . 110
montelukast sodium . . . 141
MORPHINE SULFATE . . . 4
morphine sulfate . . . 5
morphine sulfate (concentrate) . . . 4
morphine sulfate er . . . 3
MOUNJARO . . . 61
MOVANTIK . . . 94
moxifloxacin hcl . . . 15,137
MOXIFLOXACIN HCL . . . 15
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) . . . 137
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL . . . 15
MRESVIA . . . 122
MULTAQ . . . 70
MULTI-VIT-FLOR . . . 91
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE . . . 94
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE/IRON . . . 91
MULTIVITAMIN W/FLUORIDE . . . 91
MULTIVITAMIN/FLUORIDE . . . 91
mupirocin . . . 90
mycophenolate mofetil . . . 120
mycophenolate mofetil hcl . . . 120
mycophenolate sodium . . . 120
mycophenolic acid . . . 120
myorisan . . . 84
MYRBETRIQ . . . 99

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf . . . 95
nabumetone . . . 2
nadolol . . . 71
nafcillin sodium . . . 13
nafrinse . . . 91
naftifine hcl . . . 29
NAGLAZYME . . . 98
naloxone hcl . . . 6
naltrexone hcl . . . 7
NAMZARIC . . . 22
naproxen . . . 2
naproxen dr . . . 2
naproxen sodium . . . 2
naratriptan hcl . . . 30
NATACYN . . . 137
nateglinide . . . 61
NAYZILAM . . . 6
nebivolol hcl . . . 71
NEBUSAL . . . 146
necon 0.5/35 (28) . . . 110
NEFAZODONE HCL . . . 25
neo-polycin . . . 136
neo-polycin hc . . . 136
neomycin sulfate . . . 7
neomycin-bacitracin zn-polymyx . . . 136
neomycin-polymyxin-dexameth . . . 136
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN . 136
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC . . . 136
neomycin-polymyxin-hc . . . 140
NERLYNX . . . 40
nevirapine . . . 55
NEVIRAPINE . . . 55
NEVIRAPINE ER . . . 55
nevirapine er . . . 55
NEXPLANON . . . 113
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) . . . 78
niacin er (antihyperlipidemic) . . . 78
NIACOR . . . 78
nicardipine hcl . . . 71

NICOTROL . . . 7
NICOTROL NS . . . 7
nifedipine . . . 71
nifedipine er . . . 71
nifedipine er osmotic release . . . 71
nikki . . . 110
nilotinib hcl . . . 41
nilutamide . . . 32
nimodipine . . . 72
NINLARO . . . 41
nintedanib esylate . . . 144
nisoldipine er . . . 72
nitazoxanide . . . 46
nitisinone . . . 98
nitro-bid . . . 79
NITRO-DUR . . . 79
NITRO-TIME . . . 79
nitrofurantoin . . . 9
nitrofurantoin macrocrystal . . . 9
nitrofurantoin monohyd macro . . . 9
nitroglycerin . . . 79
NIVA THYROID . . . 115
NIVESTYM . . . 67
NIZATIDINE . . . 97
nora-be . . . 113
norelgestromin-eth estradiol . . . 110
norethin ace-eth estrad-fe . . . 110
norethin-eth estradiol-fe . . . 110
norethindron-ethinyl estrad-fe . . . 110
norethindrone . . . 113
norethindrone acet-ethinyl est . . . 110
norethindrone acetate . . . 113
norethindrone-eth estradiol . . . 110
norgestim-eth estrad triphasic . . . 110
norgestimate-eth estradiol . . . 110
norlyda . . . 114
norlyroc . . . 114
nortrel 0.5/35 (28) . . . 110
nortrel 1/35 (21) . . . 110
nortrel 1/35 (28) . . . 110
nortrel 7/7/7 . . . 110
nortriptyline hcl . . . 26
NORVIR . . . 57
NovoFine 32G X 6 MM MISC . . . 131
NOVOLIN R FLEXPEN . . . 64
NOVOLIN R FLEXPEN RELION . . . 64
NOVOLOG . . . 64
NOVOLOG FLEXPEN . . . 64
NOVOLOG FLEXPEN RELION . . . 64
NOVOLOG PENFILL . . . 64
NOVOLOG RELION . . . 64
NP THYROID . . . 115
NUBEQA . . . 32
NULEV . . . 96
NUPLAZID . . . 51
NURTEC . . . 30
NUTRILIPID . . . 132
nyamyc . . . 29
nylia 1/35 . . . 110
nylia 7/7/7 . . . 110
nymyo . . . 110
nystatin . . . 29
nystatin-triamcinolone . . . 88
nystop . . . 29

O

ocella . . . 110
octreotide acetate . . . 116
OCTREOTIDE ACETATE . . . 116
ODEFSEY . . . 55
ODOMZO . . . 41
ofloxacin . . . 15,137,140
OGSIVEO . . . 41
OJEMDA . . . 41
OJJAARA . . . 34
olanzapine . . . 51
olanzapine-fluoxetine hcl . . . 24
olmesartan medoxomil . . . 68
olmesartan medoxomil-hctz . . . 75
olmesartan-amlodipine-hctz . . . 75
olopatadine hcl . . . 141
omega-3-acid ethyl esters . . . 78

omeprazole . . . 97
OMNITROPE . . . 97,103
ondansetron . . . 27,28
ONDANSETRON HCL . . . 28
ondansetron hcl . . . 28
ONUREG . . . 33
OPIPZA . . . 51
OPTICHAMBER DIAMOND . . . 132
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK . . . 132
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK . . . 132
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK . . . 132
OPVEE . . . 132
oralone . . . 83
ORGOVYX . . . 116
orquidea . . . 114
ORSERDU . . . 32
OSCIMIN . . . 96
oseltamivir phosphate . . . 57
OSPHENA . . . 114
OTEZLA . . . 88,117
OTEZLA XR . . . 88
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK . . . 118
oxaprozin . . . 2
oxazepam . . . 59
oxcarbazepine . . . 21
oxiconazole nitrate . . . 29
oxybutynin chloride . . . 99
oxybutynin chloride er . . . 99
oxycodone hcl . . . 5
oxycodone-acetaminophen . . . 5
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN . . . 5
oxymorphone hcl . . . 5
OXYMORPHONE HCL ER . . . 3
OZEMPIC . . . 61
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) . . . 61
OZEMPIC (1 MG/DOSE) . . . 61
OZEMPIC (2 MG/DOSE) . . . 61

P

pacerone . . . 70
paliperidone er . . . 51
PANRETIN . . . 45
pantoprazole sodium . . . 97
paricalcitol . . . 125
paroxetine hcl . . . 25
PAROXETINE HCL . . . 25
paroxetine hcl er . . . 25
paroxetine mesylate . . . 25
PAXLOVID (150/100) . . . 58
PAXLOVID (300/100 & 150/100) . . . 58
PAXLOVID (300/100) . . . 58
pazopanib hcl . . . 41
PAZOPANIB HCL . . . 41
PB-HYOSCY-ATROPINE-SCOPOLAMINE . . . 96
PEDIARIX . . . 122
PEDVAXHIB . . . 122
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl . . . 95
peg-3350/electrolytes . . . 97
peg-3350/electrolytes/ascorbat . . . 95
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c . . . 95
PEG-PREP . . . 95
PEGASYS . . . 119
PEMAZYRE . . . 41
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP . . . 132
PEN NEEDLES . . . 132
PENBRAYA . . . 132
penciclovir . . . 90
penicillamine . . . 100
penicillin g potassium . . . 13
PENICILLIN G SODIUM . . . 13
penicillin v potassium . . . 13
PENMENVY . . . 122
PENTACEL . . . 122
pentamidine isethionate . . . 46
pentazocine-naloxone hcl . . . 5
pentoxifylline er . . . 75
perampanel . . . 18
PERINDOPRIL ERBUMINE . . . 69
periogard . . . 83
permethrin . . . 89
perphenazine . . . 27
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE . . . 24

PERSERIS 51
pfizerpen 13
phenazo 100
phenazopyridine hcl 100
PHENELZINE SULFATE 24
phenobarbital 20
phenobarbital-belladonna alk 96
PHENOHYTRO 96
phenytek 21
phenytoin 21
phenytoin infatabs 22
phenytoin sodium extended 22
philith 110
PHOSPHO-TRIN K500 100
phytonadione 67
PIFELTRO 55
pilocarpine hcl 83,139
pimecrolimus 87
pimozide 49
pimtrea 110
pindolol 71
pioglitazone hcl 61
pioglitazone hcl-glimepiride 61
pioglitazone hcl-metformin hcl 61
piperacillin sod-tazobactam so 13
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 41
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 41
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 41
pirfenidone 144
PIRFENIDONE 144
pirmella 1/35 111
pirmella 7/7/7 111
piroxicam 2
PNV 27-CA/FE/FA 92
POCKET CHAMBER 132
POCKET SPACER 132
podofilox 88
POLY-VI-FLOR 92
polycin 136
polymyxin b sulfate 9
polymyxin b-trimethoprim 137
pomalidomide 33
portia-28 111
posaconazole 29
pot & sod cit-cit ac 100
potassium chloride 92
potassium chloride crys er 92
potassium chloride er 92
potassium chloride in dextrose 92
potassium chloride in nacl 92
potassium citrate er 92
potassium citrate-citric acid 100
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 92
pramipexole dihydrochloride 47
pramipexole dihydrochloride er 47
PRAMOSONE 88
prasugrel hcl 67
pravastatin sodium 77
praziquantel 45
prazosin hcl 68
prednisolone 102
prednisolone acetate 138
prednisolone sodium phosphate 102
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE . 138
prednisone 102
PREDNISONE INTENSOL 102
pregabalin 83
PREMARIN 111
PREMASOL 92
PREMIUM LIDOCAINE 6
PREMPHASE 111
PREMPRO 111
Prenatal vitamins 93
prevalite 78
PREVYMIS 53
PREZCOBIX 57
PREZISTA 57
primaquine phosphate 46
primidone 20
PRIORIX 122
PRO COMFORT ALCOHOL 132
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 132

PRO COMFORT SPACER ADULT 132
PRO COMFORT SPACER CHILD 132
PRO COMFORT SPACER INFANT 132
probenecid 30
PROCARE SPACER/ADULT MASK 132
PROCARE SPACER/CHILD MASK 132
procentra 80
PROCHAMBER VHC 132
prochlorperazine 27
prochlorperazine maleate 27
procto-med hc 87
PROCTOFOAM HC 88
proctosol hc 87
proctozone-hc 87
progesterone 114
PROGRAF 120
promethazine hcl 27,141
PROMETHAZINE VC 146
PROMETHAZINE VC/CODEINE 146
promethazine-codeine 146
promethazine-dm 146
promethazine-phenyleph-codeine 146
promethazine-phenylephrine 146
promethegan 27
propafenone hcl 70
propafenone hcl er 70
proparacaine hcl 136
propranolol hcl 71
propranolol hcl er 71
propylthiouracil 116
PROQUAD 122
protriptyline hcl 26
pseudoeph-bromphen-dm 146
PULMOSAL 146
PULMOZYME 143
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE . 132
PURE COMFORT SPACER CHAMBER 133
pyrazinamide 31
pyridostigmine bromide 31
pyridostigmine bromide er 31
pyrimethamine 46

Q

qc alcohol 88
QINLOCK 34
QUADRACEL 122
quetiapine fumarate 51
quetiapine fumarate er 51
QUFLORA PEDIATRIC 93
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE . . . 133
quinapril hcl 69
quinapril-hydrochlorothiazide 75
quinidine gluconate er 70
QUINIDINE SULFATE 70
quinine sulfate 46
QVAR REDIHALER 141

R

ra isopropyl alcohol wipes 88
RABAVERT 123
rabeprazole sodium 98
RALDESY 25
raloxifene hcl 114
ramelteon 147
ramipril 69
ranolazine er 75
rasagiline mesylate 48
reclipsen 111
RECOMBIVAX HB 123
REGRANEX 88
relafen 2
RELENZA DISKHALER 57
RENTHYROID 115
repaglinide 61
REPATHA 78
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 78
REPATHA SURECLICK 78
RESTASIS 136
RETACRIT 67
RETEVMO 41
REVCOVI 98
REVUFORJ 41,42

REXULTI . . . 51
REYATAZ . . . 57
REZDIFFRA . . . 115
REZLIDHIA . . . 42
RHOPRESSA . . . 139
RIBAVIRIN . . . 53
ribavirin . . . 53
RIDAURA . . . 118
rifabutin . . . 31
rifampin . . . 31
rifapentine . . . 31
rilpivirine hcl . . . 55
riluzole . . . 82
RIMANTADINE HCL . . . 57
ringers . . . 93
ringers irrigation . . . 133
RINVOQ . . . 118
RINVOQ LQ . . . 118
riociguat . . . 144
risedronate sodium . . . 125
risperidone . . . 52
risperidone microspheres er . . . 52
RITEFLO . . . 133
ritonavir . . . 57
rivaroxaban . . . 66
rivastigmine . . . 23
rivastigmine tartrate . . . 23
rivelsa . . . 111
rizatriptan benzoate . . . 30
ROCKLATAN . . . 136
roflumilast . . . 143
ROMVIMZA . . . 42
ropinirole hcl . . . 47
ropinirole hcl er . . . 47
rosadan . . . 9
rosuvastatin calcium . . . 77
rosyrah . . . 111
ROTARIX . . . 123
ROTATEQ . . . 123
roweepra . . . 18
ROZLYTREK . . . 42
RUBRACA . . . 42
rufinamide . . . 22
RUKOBIA . . . 56
RYBELSUS . . . 62
RYDAPT . . . 42

S

sacubitril-valsartan . . . 75
sajazir . . . 117
SALINE BACTERIOSTATIC . . . 133
salsalate . . . 2
SANDIMMUNE . . . 120
SANTYL . . . 88
sapropterin dihydrochloride . . . 98
SCEMBLIX . . . 42
scopolamine . . . 27
SECUADO . . . 52
SECURESAFE INSULIN SYRINGE . . . 133
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES . . . 133
selegiline hcl . . . 48
selenium sulfide . . . 87
SELZENTRY . . . 56
SEREVENT DISKUS . . . 143
sertraline hcl . . . 25
setlakin . . . 111
sevelamer carbonate . . . 93
sharobel . . . 114
SHINGRIX . . . 123
SIGNIFOR . . . 116
sildenafil citrate . . . 100,144
SILIGENTLE FOAM DRESSING . . . 133
silodosin . . . 100
silver sulfadiazine . . . 88
SIMBRINZA . . . 139
SIMLANDI (1 PEN) . . . 121
SIMLANDI (1 SYRINGE) . . . 121
SIMLANDI (2 PEN) . . . 121
SIMLANDI (2 SYRINGE) . . . 121
simliya . . . 111
simpesse . . . 111
simvastatin . . . 77

sirolimus....121
SIRTURO....31
sitaglip phos-metformin hcl er....62
sitagliptin phos-metformin hcl....62
SKYRIZI....118
SKYRIZI (150 MG DOSE)....118
SKYRIZI PEN....118
SMOFLIPID....133
SOD CITRATE-CITRIC ACID....100
sod citrate-citric acid....101
sodium chloride....93
SODIUM CHLORIDE....146
sodium chloride (pf)....93
SODIUM CHLORIDE BACTERIOSTATIC....133
SODIUM CITRATE-CITRIC ACID....101
SODIUM FLUORIDE....93
sodium oxybate....148
sodium phenylbutyrate....98
sodium polystyrene sulfonate....94
solifenacin succinate....99
SOLTAMOX....33
SOMAVERT....116
sorafenib tosylate....42
sorine....70
sotalol hcl....70
sotalol hcl (af)....70
SPINOSAD....89
SPIRIVA RESPIMAT....142
spironolactone....76
spironolactone-hctz....75
sprintec 28....111
SPRITAM....18
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)....94
sronyx....111
ssd....88
SSS 10-5....88
STAVUDINE....55
STELARA....118
sterile water for irrigation....133
STIOLTO RESPIMAT....147
STIVARGA....42
STREPTOMYCIN SULFATE....7
STRIBILD....54
subvenite....18
SUBVENITE....18
subvenite starter kit-blue....18
subvenite starter kit-green....18
subvenite starter kit-orange....18
sucralfate....97
sulfacetamide sodium....137
sulfacetamide sodium (acne)....84
SULFACETAMIDE SODIUM-SULFUR....89
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE....136
sulfadiazine....16
sulfamethoxazole-trimethoprim....16
sulfasalazine....124
sulfatrim pediatric....16
sulindac....2
sumatriptan....30
sumatriptan succinate....30
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL....30
sunitinib malate....42
SUNLENCA....56
SURE COMFORT PEN NEEDLES....133
syeda....111
SYMPAZAN....20
SYMTUZA....57
SYNAREL....116
SYNJARDY....62
SYNJARDY XR....62
SYNRIBO....42
SYNTHROID....115

T

TABLOID....33
TABRECTA....42
tacrolimus....87,121
tadalafil....100
tadalafil (pah)....144
TAFINLAR....43
tafluprost (pf)....139
TAGRISSO....43

TALZENNA . . . 43
tamoxifen citrate . . . 33
tamsulosin hcl . . . 100
tarina 24 fe . . . 111
tarina fe 1/20 . . . 111
tarina fe 1/20 eq . . . 111
tasimelteon . . . 147
taysofy . . . 111
tazarotene . . . 84
TAZICEF . . . 11
taztia xt . . . 73
TAZVERIK . . . 43
TDVAX . . . 123
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES . . . 133
telmisartan . . . 68
telmisartan-amlodipine . . . 75
telmisartan-hctz . . . 75
temazepam . . . 147
TENCON . . . 82
TENIVAC . . . 123
tenofovir disoproxil fumarate . . . 55
TEPMETKO . . . 43
terazosin hcl . . . 68
terbinafine hcl . . . 29
terbutaline sulfate . . . 143
terconazole . . . 29
teriflunomide . . . 83
teriparatide . . . 125
testosterone . . . 103
testosterone cypionate . . . 103
TESTOSTERONE ENANTHATE . . . 104
tetrabenazine . . . 82
tetracycline hcl . . . 16
THALOMID . . . 33
THEO-24 . . . 143
theophylline . . . 143
theophylline er . . . 143
thioridazine hcl . . . 49
thiothixene . . . 49
THYROID . . . 115
tiadylt er . . . 73
tiagabine hcl . . . 20
TIBSOVO . . . 43
ticagrelor . . . 67
TICOVAC . . . 123
tigecycline . . . 9
tilia fe . . . 111
timolol hemihydrate . . . 138
timolol maleate . . . 71,138
timolol maleate (once-daily) . . . 139
timolol maleate ocudose . . . 139
timolol maleate pf . . . 139
tinidazole . . . 9
tiotropium bromide . . . 142
tis-u-sol . . . 133
TIVICAY . . . 54
TIVICAY PD . . . 54
tizanidine hcl . . . 53
TOBRADEX . . . 136
tobramycin . . . 137,143
tobramycin sulfate . . . 7
tobramycin-dexamethasone . . . 136
TOBREX . . . 137
tofacitinib citrate . . . 118
tofacitinib citrate er . . . 118
TOLAK . . . 89
tolterodine tartrate . . . 99
tolterodine tartrate er . . . 99
tolvaptan . . . 93
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE . . . 133
topiramate . . . 18
topiramate er . . . 18
toremifene citrate . . . 33
torsemide . . . 76
TOUJEO MAX SOLOSTAR . . . 64
TOUJEO SOLOSTAR . . . 64
TPN ELECTROLYTES . . . 93
TRADJENTA . . . 62
tramadol hcl . . . 5
tramadol hcl er . . . 3
tramadol-acetaminophen . . . 5
trandolapril . . . 69

TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER....75
tranexamic acid....67
tranylcypromine sulfate....24
travoprost (bak free)....139
trazodone hcl....25
TRECATOR....31
TRELEGY ELLIPTA....147
TRESIBA....64
TRESIBA FLEXTOUCH....64
tretinoin....45,84
TREXALL....121
tri femynor....111
tri-estarylla....111
tri-legest fe....111
tri-linyah....111
tri-lo-estarylla....111
tri-lo-marzia....111
tri-lo-mili....112
tri-lo-sprintec....112
tri-mili....112
tri-nymyo....112
tri-sprintec....112
TRI-VITE/FLUORIDE....94
tri-vylibra....112
tri-vylibra lo....112
triamcinolone acetonide....83,87
triamterene....76
triamterene-hctz....75
triazolam....147
TRICITRATES....101
triderm....87
trientine hcl....93
TRIENTINE HCL....93
trifluoperazine hcl....49
TRIFLURIDINE....137
trihexyphenidyl hcl....46
TRIKAFTA....143
trimethobenzamide hcl....27
trimethoprim....9
trimipramine maleate....26
TRINTELLIX....25
TRIUMEQ....56
TRIUMEQ PD....56
trivora (28)....112
TRIZIVIR....56
trospium chloride....99
trospium chloride er....99
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE....134
TRUE COMFORT PEN NEEDLES....134
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES....134
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE....134
TRULICITY....62
TRUMENBA....123
TRUQAP....43
TUKYSA....43
tulana....114
TURALIO....43
turqoz....112
TWINRIX....123
TYBOST....56
tydemy....112
TYENNE....118
TYMLOS....125
TYPHIM VI....123

U

UDENYCA....67
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE....134
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES....134
UNIFINE OTC PEN NEEDLES....134
UNIFINE PENTIPS....134
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE....134
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE....134
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE....134
unithroid....115
UPTRAVI....144
ursodiol....97
USTEKINUMAB....118
USTEKINUMAB-AEKN....118

V

valacyclovir hcl....58

VALCHLOR . . . 89
valganciclovir hcl . . . 53
valproate sodium . . . 19
valproic acid . . . 19
valsartan . . . 69
valsartan-hydrochlorothiazide . . . 76
VALTOCO 10 MG DOSE . . . 20
VALTOCO 15 MG DOSE . . . 20
VALTOCO 20 MG DOSE . . . 20
VALTOCO 5 MG DOSE . . . 20
valtya 1/35 . . . 112
VALTYA 1/50 . . . 112
vanadom . . . 147
vancomycin hcl . . . 9
VANDAZOLE . . . 10
VANFLYTA . . . 43
VAQTA . . . 123
vardenafil hcl . . . 101
varenicline tartrate . . . 7
varenicline tartrate (starter) . . . 7
varenicline tartrate(continue) . . . 7
VARIVAX . . . 123
VAXCHORA . . . 123
VECAMYL . . . 76
VELIVET . . . 112
VENCLEXTA . . . 43
VENCLEXTA STARTING PACK . . . 43
venlafaxine hcl . . . 25
venlafaxine hcl er . . . 26
VEOZAH . . . 82
VEPPANU . . . 33
verapamil hcl . . . 73
VERAPAMIL HCL ER . . . 73
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE . . . 134
VERIFINE INSULIN SYRINGE . . . 135
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE . . . 135
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR . . . 135
VERQUVO . . . 76
VERSACLOZ . . . 52
VERZENIO . . . 43
vestura . . . 112
vienva . . . 112
vigabatrin . . . 20
vigadrone . . . 20
VIGAFYDE . . . 21
vigpoder . . . 21
vilazodone hcl . . . 26
VIMKUNYA . . . 123
viorele . . . 112
VIRACEPT . . . 57
VIREAD . . . 56
vitamin d (ergocalciferol) . . . 125
VITRAKVI . . . 44
VIVOTIF . . . 123
VIZIMPRO . . . 44
volnea . . . 112
VONJO . . . 45
VORANIGO . . . 44
voriconazole . . . 29
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD . . . 135
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/TODDLER . . . 135
VORTEX VALVE CHAMBER-PEDI MASK . . . 135
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER . . . 135
VOSEVI . . . 54
VOWST . . . 135
VRAYLAR . . . 52
vyfemla . . . 112
vylibra . . . 112
VYZULTA . . . 139

W

warfarin sodium . . . 66
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE . . . 135
WELIREG . . . 34
wera . . . 112
WINREVAIR . . . 144
wixela inhub . . . 147
wymzya fe . . . 112
WYOST . . . 125

X

XALKORI . . . 44
xarah fe . . . 112
XARELTO . . . 66
XARELTO STARTER PACK . . . 66
XATMEP . . . 121
XCOPRI . . . 19,22
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) . . . 22
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) . . . 22
XDEMVY . . . 136
xelria fe . . . 112
XERMELO . . . 95
XIFAXAN . . . 10
XIGDUO XR . . . 62
XIIDRA . . . 137
XOFLUZA (40 MG DOSE) . . . 58
XOFLUZA (80 MG DOSE) . . . 58
XOLAIR . . . 118
XOSPATA . . . 44
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) . . . 44
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) . . . 44
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) . . . 44
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) . . . 44
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) . . . 44
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) . . . 44
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) . . . 44
XTANDI . . . 32
xulane . . . 112

Y

YESINTEK . . . 119
YF-VAX . . . 123
yuvafem . . . 112

Z

zafemy . . . 113
zafirlukast . . . 141
zaleplon . . . 147
ZARXIO . . . 67
zebutal . . . 82
ZEJULA . . . 44
ZELBORAF . . . 45
zenatane . . . 84
ZENBEXUS . . . 34
ZENPEP . . . 99
zenzedi . . . 80
zidovudine . . . 56
ziprasidone hcl . . . 52
ziprasidone mesylate . . . 52
ZIRGAN . . . 138
zoledronic acid . . . 125
ZOLINZA . . . 34
zolmitriptan . . . 30
zolpidem tartrate . . . 148
zolpidem tartrate er . . . 148
ZONISADE . . . 22
zonisamide . . . 22
ZONTIVITY . . . 66
zovia 1/35 (28) . . . 113
ZTALMY . . . 21
zumandimine . . . 113
ZURZUVAE . . . 24
ZYDELIG . . . 45
ZYKADIA . . . 45
ZYPREXA RELPREVV . . . 52

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak [insert language], free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-776-4466 (TTY: 711) or speak to your provider.

العربية
تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-776-4466 (TTY:711)أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

ՀԱՅԵՐԵՆ
ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Զանգահարեք 1-800-776-4466 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

中文
注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-776-4466（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

हिंदी
ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं।
1-800-776-4466 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Lus Hmoob
LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-800-776-4466 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

日本語
注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。
1-800-776-4466（TTY：711）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

한국어
주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-776-4466 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

ລາວ
ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-800-776-4466 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

ភាសាខ្មែរ
សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ *ភាសាខ្មែរ* សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-776-4466 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

فارسي
توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 1-800-776-4466(تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده
خود صحبت کنید.

ਪੰਜਾਬੀ
ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-800-776-4466 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

РУССКИЙ
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-776-4466 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Español
ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-776-4466 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Tagalog
PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-776-4466 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

ไทย
หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-776-4466 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

українська мова
УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-776-4466 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

Việt
LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-776-4466 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es contra la ley. Blue Shield of California cumple con las leyes de derechos civiles federales y las leyes estatales aplicables, y no discrimina a las personas por su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, embarazo o condiciones relacionadas, características sexuales, estereotipos sexuales, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, embarazo o condiciones relacionadas, características sexuales, estereotipos sexuales, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California da lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratis a personas con discapacidad para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
  - ✓ Intérpretes calificados en lengua de señas.
  - ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas a personas cuyo primer idioma no es el inglés; por ejemplo:
  - ✓ Intérpretes calificados.
  - ✓ Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California al número de teléfono que figura en el dorso de su tarjeta de identificación de miembro.

Si cree que Blue Shield of California no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, embarazo o condiciones relacionadas, características sexuales, estereotipos sexuales, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede usar esta información para hacer un reclamo:

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator
P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011
Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711), Fax: (844) 696-6070
Dirección electrónica: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, el Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición.

También puede hacer una queja de derechos civiles en la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) de manera electrónica mediante el portal de quejas de esa oficina, que está disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o puede usar esta información para hacerlo por correo postal o teléfono:

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

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

Este formulario se actualizó el 10/20/2026 . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California llamando al (800) 776-4466 o, para usuarios del sistema TTY, al 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m (hora del Pacífico), los siete días de la semana, o visite blueshieldca.com/medformulary2026.

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye una cantidad limitada de farmacias de costos más bajos y con costo compartido preferido en ciertos condados de California. Es posible que los costos más bajos publicados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluido si hay farmacias preferidas de menor costo en su área, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 TTY: 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m (hora del Pacífico), los siete días de la semana , o consulte el directorio de farmacias en blueshieldca.com/medformulary2026.

Amazon Pharmacy es independiente de Blue Shield of California y tiene un contrato con Blue Shield para enviarles medicamentos recetados a los miembros de Blue Shield mediante el servicio de envío de medicamentos al hogar. Los miembros deben pagar el costo compartido que corresponda, según se indica en los detalles del plan de beneficios.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association